RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MAURICIE–BOIS-FRANCS

LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MAURICIE—BOIS-FRANCS

AGIR AVEC
LE MONDE

AGIR POUR
LE MONDE

Document portant sur l'ensemble des recommandations
adoptées par le Conseil d'administration de la Régie régionale
lors d'une assemblée extraordinaire tenue le 1er mai 1996
à Trois-Rivières et approuvées par le ministre
de la Santé et des Services sociaux le 3 juillet 1996.

Conception et mise en page (version du 17 février 1997)
Régie régionale de la santé et des services sociaux
Mauricie-Bois-Francs

Dépot légal - 1e trimestre 1997
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MAURICIE-BOIS-FRANCS

106-06061/

Table des matières

Liste des abréviations 4
Lettre du 3 juiller 1996 du Ministre au président du Conseil d'administration de la Régie régionale 5
Extrait du procès-verbal de l'assemblée du Conseil d'administration de la Régie régionale du 1er mai 1996 17
Mot du président du Conseil d'administration de la Régie régionale 19
Introduction 21
Chapitre 1 Pourquoi transformer? 23
Section 1.1 Les raisons des la transformation 23
Section 1.2 Ce que vise la transformation 24
Chapitre 2 Répondre mieux et davantage aux besoins 25
Section 2.1 Le virage promotion-prévention 25
Section 2.2 La condition de vie des femmes 34
Section 2.3 Le soutien à la personne et aux familles 36
Section 2.4 Les organismes communautaires 37
Section 2.5 L'économie sociale 37
Section 2.8 Les services accessibles en communauté répondant à 85 % des besoins 38
Section 2.7 Programme clientèle Santé physique 40
Section 2.8 Programme clientèle Santé mentale 49
Section 2.9 Programme clientèle Personnes âgées en perte d'autonomie 52
Section 2.10 Programme clientèle Déficience physique 57
Section 2.11 Programme clientèle Déficience intellectuelle 61
Section 2.12 Programme clientèle Alcoolisme et toxicomanie 64
Section 2.13 Programme clientèle Enfance-jeunesse-famille 66
Section 2.14 Accès aux services pour les personnes d'expression anglaise 69
Chapitre 3 Le plan des structures organisationnelles 71
Section 3.1 Territoire du Haut Saint-Maurice 73
Section 3.2 Territoires Normandie et Des Chenaux 74
Section 3.3 Territoire Centre-de-la-Mauricie 75
Section 3.4 Territoire Les Forges 76
Section 3.5 Territoire Du Rivage 77
Section 3.6 Territoire Nicolet-Yamaska 78
Section 3.7 Territoire Valentine-Lupien 79
Section 3.8 Territoire Les Blés d'Or 79
Section 3.9 Territoire De l'Érable 80
Section 3.10 Territoire Suzor-Côté 80
Section 3.11 Territoire Drummond 81
Section 3.12 Les établissements régionaux 81
Section 3.13 Autres organismes avec mission spécifique 82

Chapitre 4 Les impacts de la transformation 83
Section 4.1 Les impacts financiers 83
Section 4.2 Les ressources humaines 90
Section 4.3 Les ressources matérielles 93
Chapitre 5 La mise en oeuvre de la transformation 95
Section 5.1 Les ressources humaines 95
Section 5.2 Des balises aux fusions 99
Section 5.3 Les conditions et les étapes de mise en oeuvre 100
Annexes 102

Liste des abréviations

CLSC	Centre local de services communautaires
OCDE	Organisation de coopération et développement économique
PROS	Plan régional d'organisation des services
PROS-DI	Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
Centres jeunesse MBF	Centres jeunesse Mauricie-Bois-Francs
MRC	Municipalité régional de comté
CMDP	Conseil des médecins et dentistes
ETP	Équivalent temps plein

Gouvernement du Québec

Député de Charlesbourg
Le ministre de la Santé et des Services sociaux
et ministre responsable de la région de Québec

Québec, le 3 juillet 1996

Monsieur Jacquelin Audy
Président du conseil d'administration
Régie régionale de la santé
et des services sociaux de la
Mauricie-Bois-Francs
550, rue Bonaventure, 3e étage
Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5

Monsieur,

La présente fait suite aux visites que j'ai effectuées dans votre région ainsi qu'aux nombreux échanges qui ont eu lieu entre les responsables de mon Ministère et ceux de votre Régie relativement aux différents documents produits à chacune des étapes du processus devant mener aux décisions de la Régie régionale de la Mauricie-Bois-Francs eu égard à son plan de transformation triennal 1996-1999.

Dans ce contexte, le Ministère a suivi de très près les travaux qui ont mené à l'adoption, en janvier 1996, d'un document élaboré par votre Régie et dont les propositions devaient faire l'objet d'une vaste tournée d'information et de consultation auprès de la population de chaque sous-région de votre territoire et permettre à certains groupes de se faire entendre au cours d'audiences publiques qui ont eu lieu en avril dernier. Cette démarche a permis la participation de quelque 3 200 personnes et le dépôt de plus de 300 mémoires, avis, pétitions, résolutions et lettres.

Ces différents échanges, dont les résultats sont compilés dans le rapport des coprésidents des consultations publiques, vous ont permis d'examiner divers points de vue en provenance de différents secteurs d'activités de la communauté, dont le réseau et certains regroupements communautaires ou comités de votre région, et d'intégrer les préoccupations jugées pertinentes à votre plan d'action final intitulé «La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs - Recommandations 1996». Ce document, présenté au Ministère au début du mois de mai, comprend les recommandations de transformation de l'offre de services et de structures que le conseil d'administration a adoptées le 1er mai 1996 à son assemblée extraordinaire.

Québec

1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : (418) 643-3160
Télécopieur : (418) 644-4534

Comté

8500, boul. Henri-Bourassa, bureau 254
Charlesbourg (Québec) G1G 5X1
Téléphone : (418) 644-2645
Télécopieur : (418) 643-4362

L'ensemble de cette démarche a constitué une approche des plus transparentes et des plus démocratiques, ce qui m'amène non seulement à vous remercier pour le respect que vous avez, ce faisant, manifesté à l'égard de vos partenaires et de vos concitoyennes et concitoyens, mais aussi à vous féliciter de la constance et de la cohérence que cette stratégie a requises de l'ensemble de votre équipe.

De façon générale, je partage les objectifs de santé et de bien-être, les valeurs et les orientations que s'est donnés la Régie régionale, en étroite concertation avec ses partenaires, et qui constituent une base de référence pour la planification et l'organisation des services dans la région de la Mauricie-Bois-Francs. En outre, tous les objectifs de santé et de bien-être qui ont été reconnus prioritaires dans votre région s'inscrivent dans le cadre des orientations ministérielles énoncées dans la Politique de la santé et du bien-être du Ministère. Ils privilégient les actions en amont des problèmes et l'intervention auprès des clientèles les plus vulnérables.

L'approche territoriale préconisée au niveau de chacune des communautés desservies par un CLSC ou des zones de coordination pour l'organisation et la prestation des services de santé et de services sociaux, dont la base est le territoire de un ou plusieurs CLSC, cadre bien avec la vision du Ministère en matière de planification des services. De la même manière, le rationnel sous-jacent au rapprochement d'établissements de missions différentes par le biais d'intégrations ou de fusions reçoit, de façon générale, mon approbation. Cette stratégie de regroupement comme moyen final de rendre des services à une population-clientèle, plutôt que de s'attarder à des barrières corporatives, rencontre mes vues sur la question.

J'ai examiné de près l'ensemble des considérations émises pour la transformation au niveau des différents programmes-clientèles ou pour certains groupes en particulier pour lesquels je désire vous faire part des commentaires suivants :

- **Santé physique**

  La transformation majeure dont fait l'objet ce secteur était devenue nécessaire compte tenu de l'évolution du rôle des hôpitaux et du fait que l'organisation des services s'effectuera davantage autour du concept lié à un processus de soins et de traitement qu'à une organisation bâtie à partir d'un nombre de lits ou d'établissements. À cet égard, j'approuve le fait que 85% des besoins de base de la clientèle seront comblés à partir des territoires de CLSC. Je comprends qu'une gamme complète de services de 1re ligne en santé physique, soit les services de base, les services à domicile et en milieu de vie et les services préhospitaliers d'urgence, seront disponibles à ce niveau. Ils seront dispensés par les CLSC, les cabinets de médecins et les organismes communautaires. Je suis en accord avec les orientations qui précisent que l'organisation optimale de ces services doit, pour chacun des territoires, tenir compte de la proximité ou non d'un centre hospitalier et des caractéristiques de la population à desservir.

AGIR AVEC LE MONDE

AGIR POUR LE MONDE

Les services de 2e ligne devant permettre de répondre à des problèmes de santé qui ne peuvent être résolus sans accès aux services ambulatoires spécialisés seront accessibles au niveau sous-régional ou régional selon la masse critique. De plus, des services de 2e ligne seront accessibles au niveau de certains territoires de CLSC notamment avec le maintien et/ou le développement de cliniques externes générales et spécialisées et d'un minimum de lits d'hospitalisation en médecine familiale et en gériatrie. Dans le Haut Saint-Maurice, la situation géographique vous amène avec raison à maintenir une mission de 2e ligne élargie et un nombre de lits plus important. J'appuie l'idée de réviser, à l'aide d'un groupe de travail, les consultations effectuées aux cliniques externes des centres hospitaliers et d'étudier la pertinence de transférer aux cliniques privées les consultations spécialisées qui ne requièrent pas de plateaux techniques hospitaliers. J'approuve la consolidation des services de néphrologie, de neurochirurgie et le développement des services de cancérologie et de résonnance magnétique dans le nouveau Centre hospitalier de Trois-Rivières.

Quant aux services de médecine surspécialisés s'adressant aux personnes présentant des problèmes complexes de santé, ils seront accessibles sur référence et disponibles au niveau supra-régional avec corridors de services à l'appui.

Enfin, je suis d'accord à ce que le paramètre retenu soit de 2,0 lits/1 000 habitants, ce qui permettra de réduire de 547 les lits en courte durée santé physique d'ici l'an 2001, contribuant ainsi à l'assainissement des finances publiques et au financement du redéploiement proposé dans le secteur de la santé physique, afin de compléter la transformation.

- **Santé mentale**

Je reconnais le bien-fondé de la réorganisation des services dans ce secteur, laquelle répondra de façon plus pertinente aux besoins de la population de la Mauricie-Bois-Francs. Les services de base que vous désirez rendre accessibles dans chaque territoire de CLSC, additionnés de services de réadaptation, de réintégration et de maintien dans le milieu, reçoivent donc mon appui.

Je souscris à la norme de 0,3 lit de courte durée santé mentale par 1 000 habitants, ce qui réfère à des paramètres mondialement reconnus. De plus, je suis favorable à la consolidation des services de réadaptation psychiatrique qui seront dispensés par les services ambulatoires des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Le déploiement des équipes de base en santé mentale en CLSC et une contribution accrue des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés dans la réadaptation s'inscrivent dans la préoccupation que ces partenaires soient concernés et actifs dans les communautés et qu'ils gèrent ces services de façon intégrée et complémentaire.

Quant aux liens entre les services de réadaptation confiés aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et l'expertise développée au Centre hospitalier Sainte-Thérèse, je comprends que les partenaires mèneront des travaux visant particulièrement à maintenir une expertise clinique régionale appropriée aux besoins des personnes.

Par ailleurs, je suis en attente des recommandations du comité de travail sur la transformation du réseau des services en santé mentale, à qui j'ai confié le mandat de me fournir des orientations aux fins de l'amélioration de l'organisation des services et des pratiques d'intervention dans ce secteur, notamment en ce qui concerne les services de longue durée. Deux de vos établissements seront davantage concernés par ces orientations, soit les centres hospitaliers Sainte-Thérèse et Saint-Julien.

Le souci de reconnaissance et de consolidation des organismes communautaires spécifiques en santé mentale sont apparents dans le projet de transformation. J'attire votre attention sur la nécessité d'une organisation efficace et efficiente en prévention du suicide.

Je comprends que le projet de transformation dans le champ de la santé mentale s'actualisera principalement par le redéploiement de ressources de la 3e et de la 2e lignes. Ce redéploiement sera utilisé pour la consolidation des organismes communautaires, la consolidation de la mesure répit aux familles, le développement de services d'évaluation et de traitements spécialisés pour les 0-18 ans, le développement de services de base en CLSC et de services de réadaptation spécialisés.

- **Santé publique (prévention - promotion)**

Le virage à être effectué en matière de promotion-prévention s'avère d'autant plus important que ces services s'adressent aux collectivités et aux individus avant qu'ils ne soient aux prises avec un problème. Je reconnais l'importance que vous désirez accorder aux services visant les enfants, les familles et les jeunes, à qui les 2/3 de l'injection du budget de 5 850 000 $ prévu en développement seront consacrés, de même que les autres objectifs que vous vous êtes fixés.

En voulant mobiliser les partenaires de tous les secteurs d'activités et en consolidant les organismes communautaires à cette fin, vous privilégiez une manière de faire des plus judicieuses puisque vous investissez dans l'avenir et misez sur la santé et le bien-être des forces vives de la société. De plus, je supporte votre décision d'investir dans l'évaluation des services de prévention-promotion.

- **Jeunesse famille**

J'appuie l'orientation de la Régie de favoriser la dispensation des services dans les milieux de vie avec la participation des établissements, des organismes communautaires et des partenaires. Cette orientation permet le redéploiement de

ressources institutionnelles dans des services plus diversifiés et mieux adaptés aux besoins, tout en maintenant des ressources adéquates pour répondre aux besoins d'hébergement en milieu ouvert ou en milieu fermé (sécuritaire et non sécuritaire) pour les jeunes de 12 à 18 ans.

De plus, il m'apparaît important de créer des équipes multidisciplinaires en milieu scolaire afin de conjuguer les forces et les compétences du milieu scolaire et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (les Centres jeunesse, CLSC, organismes communautaires).

- **Personnes âgées**

L'approche du maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel est conforme à l'une des voies d'action prioritaires de la Politique de la santé et du bien-être. Par conséquent, toutes les mesures favorisant cette approche, que ce soit le répit et le dépannage, les services à domicile des CLSC, l'hébergement temporaire selon les balises retenues par la Régie, les services des centres de jour et ambulatoires de gériatrie et l'hébergement intermédiaire, reçoivent mon appui.

La mesure fixant le nombre de lits d'hébergement institutionnel selon un maximum de 4% du nombre pondéré de personnes âgées est satisfaisante actuellement. Il en est de même du rehaussement des services en fonction de l'alourdissement de la clientèle hébergée jusqu'à l'atteinte d'un taux de satisfaction de 75%. Cet alourdissement réfère également à l'adaptation des ressources d'hébergement institutionnel aux besoins spécifiques de la clientèle atteinte de déficit cognitif.

Il résulte de ces mesures une économie nette de 22 515 000 $ qui permettra d'injecter un montant de 17 739 000 $ pour l'alourdissement de la clientèle et divers services plus légers et mieux adaptés, dont 2 500 000 $ en services directs de maintien à domicile. Enfin, la réduction de 421 lits d'hébergement institutionnel par rapport au nombre inscrit aux permis de 1995 marque bien les nouvelles façons de faire en accord avec nos objectifs.

- **Déficience physique**

Les cibles de transformation en promotion-prévention, services de santé, adaptation-réadaptation, soutien à l'intégration dans les milieux résidentiels substituts rencontrent les objectifs du Ministère. Il m'apparaît important de souligner le rehaussement et la ventilation des lits d'unités de réadaptation intensive (URFI) entre le niveau sous-régional et le niveau régional représentés par l'établissement régional en déficience physique (Centre InterVal). Le développement de services spécialisés de réadaptation physique à l'externe, rendus disponibles dans toute la région sous la responsabilité du Centre InterVal, mérite aussi mon attention. Enfin, j'accueillerai favorablement la demande de mettre sur pied un service régional d'aides techniques.

- **Déficience intellectuelle**

Le mouvement d'intégration sociale amorcé et amplifié par les mesures du maintien en milieu de vie naturel ou substitut, de soutien des parents dans leur rôle parental et dans les efforts d'intégration qu'ils déploient et de continuum de services impliquant les organismes communautaires, les CLSC, le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie-Bois-Francs (CSDI) et les partenaires, découle fondamentalement de la Politique de la santé et du bien-être. Je note avec un intérêt manifeste la décentralisation des effectifs du CSDI vers les CLSC.

Je ne peux ignorer la situation particulière de l'Hôpital Saint-Julien (public) et du Centre l'Aubier inc. (privé conventionné). Je soutiens l'orientation de la Régie régionale d'intégrer dans la communauté tous les usagers institutionnalisés pour cause de déficience intellectuelle. J'approuve également la confection, par chaque établissement, d'un plan d'ensemble pour l'intégration des usagers. Dans ce contexte, il va de soi que la mission de l'Hôpital Saint-Julien devra être réexaminée et, à cet effet, les orientations que me fournira le comité de travail sur la transformation du réseau de services en santé mentale, d'ici l'automne 1996, seront d'une grande utilité. Il m'apparaît aussi évident que le permis du Centre l'Aubier est à revoir si ce dernier ne procède pas à l'intégration sociale.

Je comprends que la Régie poursuivra sa réflexion afin de finaliser l'organisation des services en déficience intellectuelle sur l'ensemble du territoire, particulièrement en vue de compléter l'intégration sociale des personnes institutionnalisées.

- **Alcoolisme et toxicomanie**

La consolidation du réseau de centres externes de réadaptation sur l'ensemble du territoire par le Centre Domrémy 04, la mise en place d'une ressource de réadaptation interne pour les jeunes de 12 à 17 ans et le fait de rendre accessibles à la population judiciarisée ayant des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme des services spécialisés, contribuent à offrir des services mieux ajustés aux besoins. Je constate avec plaisir que les orientations réservent une place importante aux organismes communautaires et aux autres partenaires de ce secteur. Quant aux équipes de travailleurs de rue, je souscris à leur consolidation tout en s'assurant qu'elles s'adressent à une clientèle plus large que celle des jeunes aux prises avec des problèmes de surconsommation de psychotropes.

- **Condition de vie des femmes**

L'implantation du rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel et de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale constitue la pierre d'assise des actions destinées à sauvegarder les femmes des atteintes les plus dévalorisantes en regard de leur identité et de leur intégrité.

Par ailleurs, les pistes d'action qu'identifie la Régie régionale en prévention, dépistage et au niveau de l'intervention favoriseront l'amélioration des rapports égalitaires entre les hommes et les femmes ainsi que les services affectant les situations vécues par les femmes.

Je note enfin l'injection d'un montant de 400 000 $ dans les volets planification des naissances et dépistage du cancer du sein afin d'actualiser dans les plus brefs délais les orientations de mon Ministère à ce sujet.

- ***Le soutien à la personne et aux familles***

La Régie régionale effectue un virage remarquable en intensifiant les mesures de soutien à la personne et à la famille. Je suis satisfait de constater qu'un budget de 3,6 M $ sera consacré, sur une période de cinq ans, en milieux résidentiels substituts, en maintien à domicile et répit pour les personnes handicapées et au soutien à la famille pour le répit, le dépannage et le gardiennage dans les situations de santé mentale, personnes âgées, déficience intellectuelle et jeunesse.

- ***Organismes communautaires***

La présence active des organismes communautaires est prévue tout au long des mesures contenues dans le plan de transformation. Cette approche ainsi que le rehaussement de 3,6 M $ de leur financement me réjouissent. En effet, cela constitue un pas de plus pour la prise en main de certaines situations par le milieu. Je demande à la Régie d'être vigilante afin de saisir toutes les opportunités qui permettraient de raccourcir la période de rehaussement prévue de leur enveloppe de financement.

Dans le but d'améliorer l'accès, la qualité, la continuité et la flexibilité des services à la population d'un territoire et/ou d'offrir de nouveaux services, la Régie prône une stratégie d'organisation structurelle basée sur l'intégration et/ou la fusion d'établissements partout où c'est possible.

Pour ce qui est de la structure organisationnelle recommandée par le regroupement d'établissements sur un territoire de CLSC, j'appuie les recommandations de votre conseil d'administration pour les territoires **Les Blés d'Or, De l'Érable, Suzor-Côté et Drummond**. Je vous demanderais de bien vouloir prendre les mesures nécessaires dans le but de rassurer les intéressés sur l'équilibre des forces à maintenir entre le secteur médical et social de même que sur le respect des missions à partager dans l'optique où un seul conseil d'administration doit diriger le nouvel établissement. Bref, je réfère ici aux conditions essentielles à être respectées dans le cas des regroupements d'établissements de catégories différentes, et ce, telles qu'elles ont été adoptées par votre conseil d'administration le 6 décembre 1995.

J'accepte la fusion des CLSC **Normandie et Des Chenaux**, sans pouvoir me rendre d'emblée à la proposition de votre régie de fusionner les 2 CLSC et le CHSLD Mékinac/Des Chenaux. Votre proposition illustre

par ailleurs clairement, votre compréhension de la nature des services de 1ère ligne qui incluent les services en hébergement de longue durée pour les personnes vivant dans un nouveau chez-soi. Le nouveau CLSC et le CHSLD devront donc déposer à la Régie régionale un plan satisfaisant de gestion intégrée des services de 1ère ligne.

Pour le territoire du **Haut Saint-Maurice**, il est important que la réorganisation s'actualise afin de consolider les services de 1re ligne de manière à réussir l'arrimage particulier avec les services spécialisés notamment les activités chirurgicales de base qui sont nécessaires à maintenir pour cette communauté. Je connais les inquiétudes que soulève une telle situation.

J'approuve le plan de la Régie régionale concernant la fusion en vue du regroupement du Centre hospitalier St-Joseph de La Tuque et du CLSC du Haut Saint-Maurice ainsi que les services de 1re ligne qui y seront dispensés.

Par ailleurs, j'apporte des précisions quant aux activités chirurgicales de base que la population doit recevoir, vu l'éloignement de ce territoire. J'ai pris connaissance des données qui les décrivent et l'analyse qui en a été faite indique qu'une forte proportion de ces activités se feront graduellement en ambulatoire.

Cependant, afin d'assurer le déploiement des services de 1re ligne et le respect de cette mission et afin de garantir une prestation d'activités chirurgicales adéquate, je demande au nouvel établissement (issu de la fusion du Centre hospitalier St-Joseph de La Tuque et du CLSC du Haut Saint-Maurice) de respecter les paramètres suivants :

1. La mise en place de ce nouvel établissement s'inscrit d'abord et avant tout dans une perspective de consolidation et de développement des services de 1re ligne. En ce sens les budgets qui y sont consentis reflètent cette nouvelle réalité et doivent être clairement identifiés et protégés.

2. Afin d'assurer une accessibilité géographique de même qu'un encadrement clinique adéquat pour toutes les spécialités, je demande aux médecins spécialistes oeuvrant dans ce nouvel établissement et qui feront partie du CMDP d'être également membre du CMDP du nouveau centre hospitalier du Centre de la Mauricie (issu de la fusion du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et du Centre hospitalier Ste-Thérèse). Cette double appartenance permettra aux médecins spécialistes d'avoir un environnement clinique adéquat tout en distinguant bien les services de 1re ligne de ceux de 2e ligne.

3. Au même titre que la mise en place des cliniques externes spécialisées qui devront se faire par entente de services avec le nouveau centre hospitalier du Centre de la Mauricie conformément à votre plan, tout développement futur des services spécialisés devra s'effectuer à partir d'ententes convenues entre le nouvel établissement du territoire du Haut Saint-Maurice, le centre hospitalier du Centre de la Mauricie et la Régie régionale. Ce développement ne pourra d'aucune façon provenir des budgets octroyés aux services de 1re ligne du territoire et devront correspondre aux besoins de services spécialisés de base de la population du Haut Saint-Maurice.

Enfin, je crois utile de vous rappeler que les services de 1re ligne constituent la pierre angulaire de l'organisation des services de ce territoire et que c'est de façon exceptionnelle que je confie la gestion de services spécialisés à ce nouvel établissement afin d'en assurer l'accessibilité géographique à la population.

Pour le territoire du **Centre de la Mauricie**, j'approuve la fusion du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et le Centre hospitalier Ste-Thérèse et je demande à ce nouvel établissement hospitalier de soins généraux et spécialisés et à son CMDP d'accepter comme membres, les spécialistes qui pratiquent dans le territoire du Haut Saint-Maurice.

J'approuve également la fusion du Centre hospitalier Laflèche et du Centre hospitalier de soins de longue durée du Centre de la Mauricie, selon les mesures du plan de transformation que vous m'avez transmis.

En ce qui a trait au territoire du **Trois-Rivières métropolitain**, j'approuve la recommandation de la Régie régionale, position appuyée par un avis préalable de la Commission médicale régionale. Bien que je sois d'accord avec le modèle proposé, je désirerais préciser certains éléments relativement au plan de transition structurel à prévoir pour chacun des sous-territoires suivants :

- **Les Forges**

  J'accepte la recommandation de la Régie régionale de mettre sur pied un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés sur deux sites par la fusion des centres hospitaliers Sainte-Marie et Saint-Joseph de Trois-Rivières. La fusion de ces deux centres hospitaliers nécessite par ailleurs le désintéressement de la communauté religieuse du Centre hospitalier Saint-Joseph. J'exige que les représentants des deux centres hospitaliers déposent à la Régie régionale le plan d'organisation clinique du nouvel établissement. Ce plan ne devra comporter aucune duplication de quelque nature que ce soit. Il devra s'inscrire dans une véritable complémentarité, comprendre le plan des effectifs médicaux et faire l'objet d'un examen lors de l'émission des lettres patentes du nouvel établissement.

  Je m'attends à ce que les gestionnaires et le corps médical prennent une part active au sein des travaux visant à réorganiser l'activité hospitalière dans le grand Trois-Rivières où les partenaires des territoires de Nicolet-Yamaska, Du Rivage et Valentine-Lupien seront étroitement associés. Je vous rappelle que l'objectif consiste à garantir l'accès et la qualité des services à la population que desservira désormais le nouveau centre hospitalier de cette sous-région.

  Enfin, je maintiens mon approbation de la désignation du site de l'actuel Centre hospitalier Saint-Joseph de Trois-Rivières pour l'implantation d'un centre de cancérologie conformément à la décision du 25 janvier 1995.

  Pour ce qui est du CHSLD Le Trifluvien, je comprends que vous irez de l'avant sans problème avec la décision arrêtée, c'est-à-dire que celui-ci intègrera les activités du Pavillon Gamelin à compter du 1er octobre 1996.

- **Du Rivage**

Je supporte votre choix de mise en place d'un établissement unique à cet endroit par la fusion du CLSC Du Rivage et du Centre hospitalier Cloutier. J'accepte donc que cette organisation de services médicaux de 1ière ligne compte une vingtaine de lits et civières d'observation, dont certains doivent être axés sur la gériatrie selon les précisions inscrites à votre plan. Je comprends que vous modulerez l'arrêt ou la diminution de certaines activités en minimisant les impacts pour la clientèle dans une perspective à court terme.

- **Valentine-Lupien**

Je constate avec satisfaction la volonté des dirigeants d'aller de l'avant dans la transformation structurelle proposée. Ainsi, en ce qui concerne la fusion des trois établissements, je reçois favorablement votre recommandation et je comprends qu'elle s'actualisera selon les échéanciers prévus.

En conformité avec les objectifs de la transformation, cette organisation de services médicaux de 1ière ligne comptera donc une vingtaine de lits et civières d'observation.

- **Nicolet-Yamaska**

Dans ce territoire, l'organisation des services de 1ière ligne à la population que vise le plan, répond aux orientations généralement acceptées où la complémentarité des services conduit à une gestion intégrée de ceux-ci.

J'accepte donc, tel que proposé, le plan que la Régie avec les partenaires mettront en place sur une période de trois ans. Il vous appartient d'établir la transition avec l'ensemble des partenaires du Trois-Rivières métropolitain, afin que le synchronisme que cela exige garantisse l'accès et la qualité des services à la population.

Dans Nicolet-Yamaska, je souscris au fait que l'organisation médicale de 1ière ligne comptera parmi l'ensemble des services aux citoyennes et aux citoyens, une vingtaine de lits et civières d'observation, selon les précisions inscrites à votre plan.

De l'issu des travaux portant sur l'organisation des services en santé mentale, vous prévoyez donc évaluer les lits en psychiatrie sur ce territoire.

Enfin, le désintéressement de la communauté religieuse pour le Foyer de Nicolet doit être obtenu avant de procéder à la fusion des corporations. De plus, ce n'est qu'après une analyse comparative des coûts reliés aux travaux d'immobilisation que la régie décidera du transfert dans l'édifice du CH Christ-Roi ou du maintien du Foyer de Nicolet, des personnes qui y résident.

Je me dois de préciser qu'en exacte conformité avec les règles du Collège des médecins du Québec, les services d'obstétrique sans anesthésie sont tout à fait possibles à l'extérieur d'un bloc opératoire. À ce sujet, vos recommandations du 1er mai montrent une ouverture à la mise en place d'alternatives pour les accouchements dans votre région.

Enfin, les impacts au plan financier, à celui des ressources humaines et au plan des immobilisations qui se dégagent de la transformation du réseau en Mauricie-Bois-Francs méritent également que je m'attarde à chacun de ces éléments pour bien en mesurer l'incidence:

- **Impact au plan financier**

  Je retiens de cet exercice financier sur trois ans (1996-1999), et outre les compressions de 1995-1996, que la contribution régionale à l'assainissement des finances publiques, suite au financement de la transformation, sera de 11 900 000 $. Je comprends de plus que cet effort de transformation contient un budget de redéploiement des ressources de l'ordre de 61 276 000 $ dont 4 M $ pourront être reportés au-delà de l'exercice 1998-1999.

  De ces prévisions pour les trois prochaines années se dégage une somme de 5 500 000 $ pour les services à domicile qui sont la pierre angulaire de la transformation. J'endosse l'ensemble de ces recommandations dans la mesure où elles tiennent compte de l'équité et qu'elles sont cohérentes avec la réorganisation des services envisagée.

- **Impact au plan des ressources humaines**

  Dans le but de minimiser l'impact des changements à survenir dans le secteur des ressources humaines, j'invite la Régie à être des plus vigilantes en ce qui a trait au bon fonctionnement de son service régional de la main-d'oeuvre, mis sur pied en janvier 1996 dans le cadre des nouvelles ententes patronales-syndicales, pour le replacement d'un établissement à l'autre des personnes mises à pied ayant la sécurité d'emploi. En ce sens, j'estime que l'adoption, le 27 septembre 1995, de votre «Guide d'éthique sur la mobilité des ressources humaines de la Mauricie-Bois-Francs» est une idée des plus appropriées.

  Indépendamment de la nécessaire collaboration des établissements à ce chapitre et de l'élaboration de plans d'action locaux à ce sujet en septembre 1996, il est important que la Régie garde le contrôle de tout le mouvement qui s'amorcera pour faciliter le replacement rapide du personnel, le cas échéant, et l'implantation de mesures d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre. Il y aura donc lieu de s'assurer de l'arrimage nécessaire des plans de transformation visant la réduction d'activités dans certains établissements avec le redéploiement de la main-d'oeuvre.

  Je souscris à la mise en place de programmes régionaux d'incitatif au départ, à des mesures spécifiques pour les cadres et à la révision complète du plan d'effectifs médicaux.

▸ ***Impact au plan des immobilisations***

Le projet de transformation va nécessiter, à divers niveaux, des modifications ou des ajustements concernant le volet immobilisations que vous n'avez pas évalués dans sa totalité à ce jour. Compte tenu de la réorganisation qui s'amorce, il s'ensuivra plusieurs changements qui exigeront la conversion, voire même la vente de certains édifices.

Je vous demanderais d'agir avec prudence à ce sujet, en vous dotant d'un mécanisme de coordination régional si nécessaire. Il en va de même pour la mise en place et le redéploiement des équipements technologiques.

En terminant, je vous rappelle que la Direction générale de la coordination régionale du Ministère a été mandatée pour effectuer le suivi de l'implantation des plans de chacune des régions, en collaboration avec les autres directions générales du Ministère. Cette Direction générale supportera votre Régie régionale dans l'actualisation de ses décisions.

La transformation du réseau Mauricie-Bois-Francs vient de franchir une étape importante et indispensable. Toutefois, la plus imposante et la plus exigeante peut-être, comme je le souligne souvent, et ce, en raison des enjeux qu'elle comporte, consiste en l'actualisation de ce plan qu'il vous faut d'ores et déjà planifier. Encore une fois, je tiens à vous assurer de tout mon appui ainsi que de celui du personnel de mon Ministère pour l'atteinte des objectifs que vous vous êtes fixés. Advenant qu'en cours de réalisation, des décisions doivent être prises à mon niveau, je vous les communiquerai dans les meilleurs délais afin de ne pas retarder inutilement l'implantation de votre plan d'action.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Ministre,

Jean Rochon.

Jean Rochon

**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MAURICIE–BOIS-FRANCS**

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL
QUARANTE ET UNIÈME ASSEMBLÉE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Date : 1er mai 1996
Article : CARR-41-05.03
Résolution : CARR-96-23

RÉSOLUTION relative à l'adoption du document intitulé «La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie—Bois-Francs - Recommandations 1996»

CONSIDÉRANT les responsabilités et les objets que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. chapitre S-4.2) confie à la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs, à l'article 340 et les fonctions particulières qui lui sont dévolues aux articles 343 à 385 inclusivement;

CONSIDÉRANT l'adoption du Projet INTER par lequel la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs a transmis sa vision du réseau de services et des changements à effectuer pour améliorer la santé et le bien-être de la personne, de la famille et de la communauté;

CONSIDÉRANT les 16 stratégies d'action prioritaires adoptées par le conseil d'administration et les 62 objectifs de résultat de services à la clientèle adoptés par la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs;

CONSIDÉRANT l'adoption par la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs le 31 janvier 1996 du plan de «La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie—Bois-Francs - Propositions 1996» (CARR-96-03);

CONSIDÉRANT la tenue de 7 séances d'information sur le projet auquel près de 3 000 personnes ont participé; la publication des analyses financières du scénario «B» dans le Trois-Rivières métropolitain et une large diffusion des principaux éléments du projet par les médias de la région;

CONSIDÉRANT le dépôt par des groupes et par des citoyens de 302 mémoires, avis, résolutions et lettres ainsi que l'audition publique d'une durée de 4 jours de 100 mémoires;

CONSIDÉRANT le rapport des coprésidents de la consultation publique sur le contenu des mémoires et sur les audiences publiques;

CONSIDÉRANT l'avis de la Commission médicale régionale et les avis des 3 comités aviseurs soit le «Comité aviseur en santé mentale», le «Comité aviseur sur la condition de vie des femmes» et le «Comité régional permanent pour le programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Mauricie—Bois-Francs»;

CONSIDÉRANT la nécessité de réaliser un virage important dans la transformation des services, afin de rehausser les interventions de promotion et de prévention particulièrement auprès de la petite enfance, de la jeunesse et des familles;

550, RUE BONAVENTURE, TROIS-RIVIÈRES (QUÉBEC) G9A 2B5
TÉL.: (819) 693-3636 TÉLÉC.: (819) 373-1627

CARR-96-23 /2

CONSIDÉRANT l'engagement de la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs de rendre accessible une gamme de services la plus complète possible dans tous les territoires de CLSC de la région Mauricie—Bois-Francs afin de répondre à plus de 85% des besoins que peut éprouver toute personne de ces communautés durant sa vie;

CONSIDÉRANT l'engagement de la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs d'assurer aux citoyennes et aux citoyens l'accès à des services spécialisés accessibles et à la fine pointe des exigences de l'an 2000;

CONSIDÉRANT l'engagement de la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs d'atteindre les objectifs financiers gouvernementaux quant à l'assainissement des finances publiques en atteignant les seuils de réduction des dépenses exigés par le ministère pour la région Mauricie—Bois-Francs;

CONSIDÉRANT l'importance des préoccupations exprimées lors de la consultation publique sur les services spécifiques aux femmes, le soutien aux organismes communautaires et l'urgence de la concertation tant inter-établissements qu'entre établissements et organismes communautaires;

CONSIDÉRANT la prise en compte par la Régie régionale de la santé et de services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs des orientations ministérielles contenues dans la lettre du Ministre de la santé et des services sociaux datée du 29 mars 1996;

CONSIDÉRANT que le plan de transformation constitue une autre étape vers l'objectif d'équité poursuivi par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région Mauricie—Bois-Francs quant à l'accès aux services et quant aux ressources consenties dans les communautés de la région;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, que le document intitulé «La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie—Bois-Francs - Recommandations 1996» soit adopté et devienne ainsi les recommandations à soumettre sans délai pour approbation au Ministre de la santé et des services sociaux du Québec.

ADOPTÉE À LA MAJORITÉ.

COPIE CONFORME
FAIT À TROIS-RIVIÈRES
Le 2 mai 1996

LE SECRÉTAIRE,

Jean-Denis Allaire
Directeur général intérimaire

AGIR AVEC LE MONDE AGIR POUR LE MONDE

C'est suite à la lettre du 3 juillet 1996 du ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Jean Rochon, que l'ensemble des propositions adoptées par la Régie régionale le 1er mai 1996 est devenu le plan d'action de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs.

C'est en nous conformant à ce plan que nous transformerons l'offre de services dans notre région. Et nous l'avons tous compris, puisqu'aux quatre coins du territoire, les hommes et les femmes oeuvrant dans ce réseau poursuivent allègrement sa modernisation en vue d'améliorer les services à la population.

La parution de ce plan d'action ne constitue donc pas le signal de départ de la réalisation du plan, mais surtout un élément de référence utile afin de s'assurer que tous les objectifs sont et seront progressivement atteints.

Mes collègues du conseil d'administration de la Régie régionale Mauricie–Bois-Francs se joignent à moi pour vous dire la satisfaction que nous ressentons devant la diligence que tous et toutes apportent à la réalisation d'une transformation audacieuse, pour le mieux-être de la collectivité.

Le président du conseil d'administration

Jacquelin Audy

INTRODUCTION

La région connaît, surtout depuis 1994, une remise en question profonde de ce que devrait être l'apport du réseau de la santé et des services sociaux à l'égard de la santé et du bien-être de la population, en Mauricie-Bois-Francs.

Cette situation n'est pas unique au territoire. En fait, ce sont toutes les régions du Québec qui se questionnent aujourd'hui, chacune cherchant les solutions qui semblent les meilleures, mais qui sont surtout les mieux adaptées à la réalité de leur milieu.

Comme c'est le cas ailleurs au Québec, la Régie régionale anime cette réflexion, en y associant la population et les organismes de son territoire. C'est aussi elle qui est responsable de prendre les décisions nécessaires et parfois difficiles concernant le système de santé et sa réorientation vers des horizons différents.

Ainsi, en avril 1994, la Régie régionale adopte le « Projet INTER », une réponse originale visant à rendre cohérents les multiples défis posés par la réforme de la santé et des services sociaux, la politique sur la santé et le bien-être et l'exercice d'assainissement des finances publiques.

Puis, à compter de mai 1994, la Régie régionale conduit une vaste opération de consultation visant à implanter dans notre région la Politique sur la santé et le bien-être. À la suite de 12 colloques tenus dans autant de territoires de CLSC, la région Mauricie-Bois-Francs se dote, en février 1995, de 16 stratégies d'action jugées les plus aptes à améliorer la santé et le bien-être des gens.

Quelques mois plus tard, la Régie régionale répartit la réduction des dépenses du réseau pour 1995-1996, basée sur l'équité intrarégionale par programme-clientèle et par territoire.

Le 31 janvier 1996, la Régie régionale soumet à une consultation publique d'une durée de 10 semaines, ses propositions ayant trait à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Ces propositions sont la suite logique de l'ensemble de ces actions et décisions qui ont occupé la Régie régionale ces vingt derniers mois.

Après avoir tenu 7 séances publiques d'information, après analyse de 302 mémoires, lettres, résolutions et pétitions qu'elle a reçus et après avoir porté attention aux 101 organismes et individus qui ont participé aux audiences publiques, la Régie régionale réexamine ses propositions initiales, afin de les améliorer et d'en faciliter la mise en oeuvre. Elle adopte son projet le 1er mai 1996. Cet exercice conduit la Régie régionale à soumettre au Ministre ses recommandations quant à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs.

Le 3 juillet 1996, le Ministre donne son aval aux recommandations de la Régie régionale, accompagné d'un certain nombres de commentaires.

Le but de cette transformation est clair : doter notre région de l'organisation de services la plus performante possible à l'égard de la santé et du bien-être des personnes, dans un contexte où les ressources disponibles sont en décroissance. Car, c'est par la réorganisation du réseau que le système de santé s'adaptera aux nouveaux besoins de la population. C'est par elle aussi que pourront être concrétisés, en permettant d'y réallouer des ressources, le virage vers la promotion de la santé et la prévention des maladies et celui du soutien dans le milieu. C'est par elle, enfin, que la région compte rencontrer les exigences associées à l'assainissement des finances publiques.

Cela dit, la transformation mise de l'avant par la Régie régionale, malgré sa nécessité et son ampleur, ne saurait tout régler. À sa lecture, on constatera d'ailleurs que des éléments seront précisés au cours des prochains mois. De plus, la réalité du système de la santé et des services sociaux est à ce point complexe que d'autres balises et de nouvelles décisions devront inévitablement s'ajouter à celles déjà connues, afin de tenir compte de l'évolution de la santé de la population, des problèmes en émergence, des ressources disponibles et, bien sûr, de l'impact des mesures mises en place dans le cadre de l'actuelle transformation.

Chapitre 1
POURQUOI TRANSFORMER?

Section 1.1
Les raisons de la transformation

Sous la pression de l'assainissement des finances publiques, la Régie régionale propose une transformation en profondeur du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs pour le moderniser et l'améliorer, tout en permettant à la région de rencontrer les exigences créées par une situation budgétaire contraignante.

Cette transformation n'est pas un exercice futile. Elle s'inscrit plutôt comme une étape décisive et incontournable, devenue nécessaire et ce, pour plusieurs raisons.

- La première raison est que *le système de soins en place n'a pas l'impact que l'on croyait sur la santé et le bien-être de la population.* En fait, les recherches à travers le monde démontrent que cette santé et ce bien-être dépendent pour environ 20 % de l'accessibilité et de la qualité des services de santé et des services sociaux, alors que d'autres facteurs exercent une influence beaucoup plus grande. Il s'agit de facteurs tels le milieu de vie familial, social et économique de la personne, ses habitudes et conditions de vie, son bagage génétique et la qualité de son environnement physique. Cette première raison rend donc nécessaire d'une part, une action plus marquée sur les causes des problèmes sociaux et de santé et d'autre part, met un frein au recours au développement du système de soins comme solution à tous les problèmes vécus par les individus.
- La deuxième raison qui justifie la transformation du réseau est que *le système de santé doit s'adapter à l'émergence de nouveaux problèmes sociaux et de santé (pauvreté, itinérance, violence, sida, etc.), au vieillissement global de la population et aux modifications de la société.*

  Il faut donc revoir en profondeur l'ensemble des services disponibles, ce qui devrait se traduire par une réallocation judicieuse des ressources vers la promotion et la prévention et vers le soutien des personnes dans leur milieu de vie et par une meilleure coordination entre les dispensateurs de services.
- La troisième raison est liée au *développement de nouveaux médicaments, de technologies médicales plus performantes et de pratiques professionnelles améliorées.* Ceux-ci permettent des chirurgies moins douloureuses suivies d'une récupération plus rapide. Aussi, elles réduisent le nombre et la durée des séjours à l'hôpital, rendent possible un nombre sans cesse grandissant de chirurgies d'un jour et d'interventions en clinique externe et facilitent le maintien de la personne dans son milieu de vie.
- La quatrième et dernière raison est, bien sûr, *l'état des finances publiques.* Le Québec a la responsabilité de réduire ses dépenses. Accaparant le tiers du budget provincial, le secteur des affaires sociales est contraint de faire sa part. Il en est de même pour la Mauricie-Bois-Francs, dont le poids des dépenses en santé et services sociaux est d'environ 6□ % du total québécois.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que cette transformation est nécessaire et réalisable depuis plusieurs années déjà, puisque les motifs décrits dans ce chapitre existent depuis un certain temps. En fait, seul manquait le poids de l'assainissement des finances publiques pour obliger l'ensemble des décideurs à passer à l'action.

Section 1.2
Ce que vise la transformation

L'enjeu de la démarche actuelle de transformation du réseau et, au bout du compte le seul et unique critère devant l'orienter, concerne essentiellement les services à rendre accessibles aux citoyennes et aux citoyens pour répondre à leurs besoins actuels et à ceux en émergence avec les ressources que l'État confie à notre région. C'est l'essence même du projet à bâtir, du défi à relever, avec les partenaires des établissements et les communautés locales. Dans ce contexte, il faut bien saisir que les structures en place ne constituent qu'un moyen pour dispenser ces services et non pas une fin en soi.

Concrètement, en fonction des besoins actuels et de ceux en émergence, par la diminution des structures et le rapprochement des intervenants les uns des autres, par la révision des façons de faire et la réorganisation des services, par la réallocation des ressources dégagées par des structures vers les services directs, plus légers et plus efficients, la transformation mise de l'avant par la Régie permet :

- D'agir véritablement sur les causes des problèmes sociaux et de santé, en partenariat avec l'ensemble des intervenants de la communauté, par le développement d'actions et de services de base en promotion-prévention afin d'éviter ou de retarder l'apparition des problèmes.
- De répondre dans chaque communauté (les territoires de CLSC) à plus de 85 % des besoins quotidiens des citoyens, en termes de services sociaux et de santé. Pour atteindre cet objectif, chaque territoire de CLSC offrira la gamme la plus complète possible de services pertinents, de qualité, en quantité suffisante et accessibles sur une plage horaire étendue.
- D'assurer aux personnes qui en ont besoin, peu importe d'où elles viennent dans la région, l'accès rapide à des services de santé spécialisés pour résoudre le plus grand nombre possible de problèmes complexes qui ne peuvent être résolus par les services dans la communauté. Il est fait référence ici aux services hospitaliers ambulatoires et aux services d'hospitalisation disponibles au niveau sous-régional et régional, qui requièrent un environnement de haute technologie constamment maintenu à jour ainsi qu'à des équipes complètes de spécialistes. Si les services spécialisés de la région ne peuvent traiter certains problèmes très complexes, il y aura alors référence aux services ultraspécialisés de Québec ou Montréal.
- De s'assurer que tous les services soient étroitement coordonnés entre eux, de sorte que les personnes se sentent en sécurité au sein d'un réseau «qui se parle». Qu'ils soient personnalisés, donc adaptés aux besoins de chaque personne et prodigués dans une relation faite de respect et d'empathie.
- De faire en sorte que tous les services et les structures correspondent à la capacité de payer de la société. Dans ce sens, les ressources doivent être utilisées de façon efficace et efficiente.
- De permettre à la région de faire sa part dans l'assainissement des finances publiques.

Chapitre 2
RÉPONDRE MIEUX ET DAVANTAGE AUX BESOINS

Section 2.1
Le virage promotion-prévention

Un constat

Parmi les défis auxquels est conviée la région, le virage promotion-prévention est peut-être celui qui est le plus susceptible d'apporter des changements importants dans l'état de santé et de bien-être de la population. Accepté au niveau de ses principes, il n'en a pas moins suscité plusieurs questions quant à sa concrétisation.

D'un côté, l'efficacité des interventions préconisées dans le document « La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs - Propositions 1996 » et l'évaluation de ce qui se fait ou se fera dans ce secteur d'activités par comparaison avec les mesures de suivi et les indicateurs utilisés dans les domaines des soins curatifs et de réadaptation ont été questionnés par les intervenants lors des audiences publiques.

D'un autre côté, face à la complexité et à la progression des problèmes tels que la violence, le suicide et la détresse psychologique, la Régie a été interrogée sur sa volonté d'investir des budgets et d'assumer un leadership. Elle devrait voir à une plus grande concertation et à une meilleure coordination dans des actions ciblées qui solliciteraient autant les établissements du réseau que les organismes communautaires, le milieu de l'éducation, les municipalités et tous les gens intéressés à jouer un rôle actif pour apporter des solutions et se supporter mutuellement.

Les consultations ont, par contre, fait ressortir une grande sensibilité à la souffrance vécue par de trop nombreux membres de notre société et une volonté généralisée d'y répondre le plus adéquatement possible. Au-delà des soins à offrir, au-delà du virage ambulatoire, il devient donc incontournable d'agir avant que les difficultés surgissent. Dans un contexte où les ressources sont moindres, il devient aussi incontournable de s'assurer que les choix qui seront faits auront un effet sur les problèmes que l'on veut contrer.

Un choix à faire

Plusieurs recherches menées au cours des dernières années ont démontré l'efficacité d'interventions visant à prévenir la maladie et à promouvoir une meilleure santé et un bien-être accru. Nous savons tous par contre que le meilleur des programmes peut s'avérer un échec si certaines conditions de mise en oeuvre ou d'implantation ne sont pas respectées. En promotion et en prévention, une de ces conditions est la capacité d'établir des complémentarités dans les actions et entre les interventions.

Comme dans les autres secteurs de la santé, il est important aussi de poursuivre le développement de nos connaissances. Travailler en promotion-prévention avec rigueur en se dotant de mécanismes et d'indicateurs pour suivre et évaluer nos actions est non seulement nécessaire à leur efficacité, mais constitue aussi, sans aucun doute, un antidote de choix contre l'immobilisme.

La Régie entend donc actualiser le virage promotion-prévention dans le respect de ses décisions antérieures et des balises données par les orientations, les politiques et plans d'action ministériels. Elle s'appuie pour cela sur les acquis à maintenir, tant au niveau local que régional et sur la consolidation et le développement à venir au cours des prochaines années de programmes et de services, avec la collaboration de partenaires intersectoriels.

Le texte qui suit présente les éléments majeurs de ce virage.

Des personnes au coeur de nos pensées et de nos actions

Nous devons intervenir auprès des personnes, que celles-ci soient jeunes ou vieilles, femmes ou hommes, d'instruction variable, économiquement défavorisées ou non, en ayant une écoute à leurs besoins propres dans une approche globale ou holistique. Pour cela, il faut entre autres :

- Favoriser des attitudes qui visent à aider et à accompagner les personnes et les groupes pour leur permet-

tre de développer leurs propres compétences et leurs habiletés à la mesure de leurs capacités dans un esprit d'enpowerment, c'est-à-dire d'être apte à se prendre en charge, et non de culpabilisation.

- Reconnaître l'influence de l'environnement et des conditions socio-économiques dans lesquels la personne ou les populations évoluent et adapter nos interventions à leur réalité.

Des conditions facilitantes

Les quelque principes suivants sont susceptibles de créer des conditions qui faciliteront de façon générale le virage promotion-prévention :

- Concevoir des programmes qui maximisent l'intégration des interventions auprès de groupes ou d'individus. Cette intégration se réalisera dans la mesure où les différents partenaires accepteront de s'asseoir à la même table, de convenir d'objectifs communs et de respecter la spécificité de leurs contributions respectives. C'est aussi dans cet esprit que l'ensemble des interventions en promotion-prévention sont regroupées sous un même vocable et transcendent les différents cadres de référence que ce soit les programmes-clientèles ou les autres.
- Miser sur la formation pour que puissent se partager les connaissances et se développer une compréhension commune d'une situation, d'une approche, d'un problème.
- Avoir un souci de rigueur dans nos interventions, se questionner périodiquement et s'évaluer afin de s'assurer que les actions que nous menons sont de qualité et sont efficaces.
- Être suffisamment souple pour permettre d'explorer de nouvelles avenues.

Des approches spécifiques à la promotion et à la prévention

Il faut se rappeler qu'en prévention et en promotion plus particulièrement, les approches ou stratégies utilisées sont orientées tant vers les systèmes que vers les personnes. Elles visent à□:

- favoriser le renforcement du potentiel des personnes;
- soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires;
- améliorer les conditions de vie;
- agir pour et avec les groupes vulnérables;
- harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être;
- orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Les méthodes pour actualiser ces stratégies sont : l'éducation à la santé, la communication, le marketing social, l'action communautaire, le changement organisationnel et l'action politique. Elles se concrétisent le plus souvent dans le partenariat avec les acteurs des autres secteurs d'intervention.

C'est à travers des actions de niveau régional, assumées plus particulièrement par la Direction de la santé publique de la Régie, et des interventions locales au niveau des CLSC et des organismes communautaires que ces stratégies peuvent prendre vie et devenir des leviers pour agir sur les différents déterminants de la santé que sont la biologie, l'environnement physique et social, les habitudes de vie et l'organisation des services.

Des problèmes à contrer

Parmi les 16 stratégies d'actions prioritaires adoptées par le Conseil d'administration (annexe 1, page 102), douze requièrent essentiellement des actions de nature préventive et de promotion pour être actualisées. Ces stratégies d'actions prioritaires sont des moyens que la région s'est donnés pour atteindre les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être et s'attaquer aux problèmes que cette dernière identifie.

Au cours des audiences, la population et les organismes ont manifesté leurs préoccupations face à certains de ces problèmes tels que la violence conjugale et, de façon générale, la violence envers les femmes, jeunes et âgées, les abus sexuels, les abus et la négligence envers les enfants, le SIDA, le suicide ou l'alcoolisme et les toxicomanies, pour n'en nommer que quelques-uns.

De plus, un document actuellement en préparation au gouvernement et intitulé «□Santé publique 2002 : des priorités nationales - Cadre d'action stratégique□» identifie sept problèmes prioritaires sur lesquels s'engageraient solidairement le Ministère et les régies. Les priorités identifiées sont :

- la prévention des problèmes de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes (incluant la grossesse à l'adolescence);

- les traumatismes non intentionnels (ex. : les chutes chez les personnes âgées) et intentionnels incluant le suicide et la violence;
- le tabagisme;
- la consommation d'alcool et les toxicomanies;
- le cancer du sein;
- les maladies évitables par l'immunisation;
- le VIH-SIDA et les maladies transmises sexuellement (MTS).

Ces priorités nationales s'inscrivent d'emblée dans les stratégies d'actions priorisées par le Conseil d'administration qui a aussi retenu d'autres problèmes de santé tels ceux reliés à l'environnement, au sédentarisme et à la mauvaise alimentation et, plus particulièrement, la pauvreté avec ses effets pervers sur la santé et le bien-être notamment chez beaucoup de femmes et d'enfants de familles monoparentales.

Pour être capables d'agir sur ces problèmes, il est essentiel que des ressources humaines soient mises à l'oeuvre, que des services soient consolidés ou développés, que des objectifs de résultats soient identifiés et que des mécanismes d'évaluation soient mis en place.

Des services à consolider et à développer

Pour engager la transformation du réseau de notre région dans un virage qui fait vraiment place à la promotion et à la prévention, la Régie consolidera et développera des services au sein des communautés, en investissant davantage dans les CLSC et en veillant à mieux soutenir les organismes communautaires.

Les services qui seront consolidés ou développés en CLSC, le seront principalement à même une réallocation du personnel oeuvrant dans d'autres établissements.

Quant aux activités offertes par les organismes communautaires, essentielles à l'actualisation du virage promotion-prévention, à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être et à la mise en place des stratégies d'actions prioritaires adoptées par le conseil d'administration, leur financement est considéré de façon distincte, dans une enveloppe qui leur est propre. C'est pourquoi, les services ici décrits s'adressent aux CLSC, relativement à leur responsabilité de répondre aux besoins.. Cela n'exclut pas la possibilité que ces derniers conviennent d'ententes pour la réalisation des activités requises comme il en existe déjà entre plusieurs CLSC et organismes communautaires.

Dans le respect de la philosophie d'action adoptée par le Conseil d'administration d'«□investir dans l'avenir et de miser sur la santé et le bien-être des jeunes□», des services de base en promotion et en prévention accessibles sur chacun des territoires de CLSC s'adresseront prioritairement aux enfants, aux jeunes et à la famille, avec une attention particulière aux besoins des femmes. Près des deux tiers des budgets de développement en prévention leur seront alloués.

Ces services de base tiendront compte des besoins évolutifs de l'enfant et du jeune et de l'importance majeure du rôle et de l'influence que jouent les parents et la communauté où ils vivent, notamment l'école et les autres milieux qu'ils fréquentent. Pour nous guider, les planifications actuelles dans le secteur de l'enfance, de la jeunesse et de la famille sont nombreuses[1]. La nécessité de prévoir des interventions intégrées dans une approche proactive et communautaire, près du milieu de vie des gens est une caractéristique importante à retenir de ces plans d'action.

Services pour le jeune enfant, de la grossesse à deux ans

Tous les CLSC offrent actuellement des services destinés aux jeunes enfants. Mais la nature des services rendus et leur intensité varient d'un territoire à l'autre. Sous le vocable «Programme global intégré de périnatalité», une consolidation et une harmonisation des activités en cours seront mises de l'avant.

Ce programme s'adresse aux futurs et nouveaux parents vivant dans des conditions de vie difficiles (pauvres, isolés, mères jeunes ou seules...). Il est dispensé par une intervenante ayant établi une relation de confiance avec les familles, en les rencontrant fréquemment (à toutes les 2 semaines au début, à toutes les 6 semaines à la fin du suivi). L'ensemble des services, offerts de façon intégrée, comprendra :

- suivi nutritionnel et de santé, suppléments alimentaires, promotion de la vaccination, dépistage de cer-

1 Rapport du groupe de travail pour les jeunes (1991)
Politique de périnatalité (1993)
Deuxième plan d'action en matière de politique familiale (1992)
Orientations ministérielles concernant les jeunes et leur famille (1992)
Maintenant et pour l'avenir...la jeunesse» (Plan d'action jeunesse 1992)...

taines maladies infectieuses chez la femme enceinte;
- suivi de santé psychosocial de l'enfant;
- soutien pour l'amélioration des habitudes de vie (tabac, sommeil, alcool, etc.), des conditions de vie (logement, revenu, ...) et de l'environnement social (soutien apporté par le conjoint, la famille,□...);
- accompagnement de la famille auprès des ressources appropriées.

Ce programme contribuera à prévenir les naissances prématurées et de poids insuffisant, les abus et la négligence envers les enfants, les retards de croissance et de développement ainsi que la violence conjugale, particulièrement pendant la grossesse.

Certaines activités existent déjà dans plusieurs CLSC, tel le «□Programme OLO□» (oeufs, lait, oranges) qui s'inscrit d'emblée dans le cadre du programme global intégré de périnatalité.

Ce programme ne met pas en veilleuse les activités en cours comme la vaccination et les rencontres prénatales. Il vient compléter une gamme de services généraux à l'ensemble de la population comme la prévention des traumatismes, en particulier des empoisonnements avec la trousse «□RAPPID□», et les conseils sur le développement et les saines habitudes alimentaires. La dispensation de ces services deviendra l'occasion de rencontrer des femmes et des familles ayant un plus grand besoin de soutien, de le leur fournir d'une façon globale, d'éviter la multiplicité des intervenants et de développer chez ces personnes des habiletés nécessaires pour permettre le développement adéquat de leur enfant. De cette manière, nous croyons aussi, en travaillant auprès des parents, directement ou même à travers des groupes d'entraide, augmenter l'estime de soi et les habiletés des femmes et des parents concernés et, par ricochet, celui des enfants.

Les CLSC qui ont intensifié leurs efforts pour rejoindre ces femmes et ces familles et leur offrir ce service intégré sont eux-mêmes étonnés de l'ampleur de la tâche qui dépasse les estimations qu'ils avaient faites de cette clientèle en besoin laquelle, de façon caractéristique, ne vient pas spontanément chercher des services.

Il est aussi important de voir à l'intégration des actions de promotion-prévention. Ainsi, divers programmes d'intervention sur un ensemble de problèmes tels que la consommation abusive d'alcool ou de drogues, ont une influence sur l'état de santé et de bien-être des tout-petits. De la même façon, le programme global de périnatalité peut avoir besoin de faire appel à d'autres programmes d'intervention pour les parents aux prises avec les problèmes ci-haut mentionnés. Une gamme de services professionnels et communautaires devraient aussi être accessibles (groupes d'entraide, gardiennage, cuisines collectives) pour permettre aux adultes de répondre à leurs besoins et à ceux de leur famille.

En somme, les services en CLSC visent à permettre à tous les enfants d'avoir accès à un ensemble d'activités leur donnant de meilleures chances pour une croissance optimale soit en les protégeant par la vaccination contre les maladies infectieuses évitables, par des conseils préventifs ou lors du dépistage de certains problèmes. À cela s'ajoute le programme global de périnatalité pour répondre à des besoins plus spécifiques chez certains d'entre eux.

Les enfants de deux à cinq ans

Il existe une lacune importante dans les services aux enfants de deux à cinq ans. Dans le cadre des visites postnatales et par la suite du programme de vaccination qui s'échelonne de deux à dix-huit mois, il est possible de rejoindre une majorité d'enfants dans notre région puisque ceux-ci se font vacciner surtout en CLSC. Toutefois, passé cet âge, il n'y a aucune autre activité systématique permettant de les rejoindre jusqu'avant l'entrée à l'école. On estime malgré tout que 10 à 15 % des enfants peuvent présenter des retards dans l'une ou l'autre des sphères de développement qui vont entraîner des problèmes d'apprentissage en milieu scolaire. C'est dans cet esprit que les CLSC ont commencé à instaurer des programmes de dépistage et de stimulation précoce pour ces enfants. Ce programme a un grand besoin d'être consolidé et développé.

De façon générale, ce programme s'adressera aux enfants entre deux et cinq ans, particulièrement de trois à quatre ans, et à leurs parents exposés à des facteurs de vulnérabilité comme un faible niveau socio-économique, un faible niveau de scolarité et un environnement stressant. Les enfants seront dépistés à travers les programmes globaux de périnatalité, les services de répit-dépannage lorsque présents ou d'autres ressources de soutien pour les familles habilitées à le faire.

Ce programme regroupe des activités d'intégration de l'enfant dans un milieu stimulant et de soutien au développement des habiletés parentales ainsi que des ateliers proprement dits de stimulation. Ces activités sont caractérisées par une intensité et une durée d'intervention permettant une amélioration significative pour l'enfant (ex : 5 demi-journées par semaine d'intégration dans un mi-

lieu stimulant pour l'enfant, enrichies de visites hebdomadaires aux parents à leur domicile). Les activités ont lieu le plus près possible du milieu de vie naturel de l'enfant : à la maison, à la garderie, au centre communautaire, à l'école ...

Le développement du langage, de la motricité et l'amélioration des comportements, dans le cadre d'un support parental étroit sont parmi les volets caractéristiques de ces services. Ils exigent certaines ressources spécialisées. Ainsi, un montant de 140□000□$ est prévu pour combler des besoins au niveau des orthophonistes en CLSC.

Un tel programme implanté dans le respect de ses conditions de succès, permettrait de prévenir l'inadaptation scolaire chez les jeunes à court terme et aurait même un impact au niveau de l'intégration sociale à l'âge adulte.

Le programme «□Y'a personne de parfait□» (Y'APP) et le «□Programme d'action communautaire pour les enfants□» (PACE) sont pour leur part implantés en collaboration avec les organismes communautaires dans tous les territoires de la région. PACE, un programme fédéral, a permis d'offrir des services de support parental et de soutien au développement de l'enfant. Or, une diminution d'environ 43□% de ces budgets est prévue pour 1997-1998 de la part de l'organisme subventionnaire, pour un montant d'environ 255□000□$. Il devient donc important de s'attarder particulièrement à ce volet de services aux jeunes enfants afin de minimiser l'impact de leur réduction potentielle.

Comme pour le programme global de périnatalité, il nous apparaît essentiel de pouvoir assurer à l'ensemble de la population de la région une accessibilité adéquate de services pour les enfants de deux à cinq ans.

Services d'aide pour les familles vivant une séparation ou une recomposition

Près de la moitié des familles sont susceptibles de vivre une séparation avant que les enfants aient atteint l'âge de 18 ans. Moment d'instabilité et souvent de crise pour les parents et les enfants, cette période de transition susceptible d'entraîner des conséquences néfastes, ne fait l'objet d'aucun service spécifique dans le réseau public.
L'adaptation aux transitions familiales ne constitue pas un problème de santé mentale tel que défini dans le cadre des services de base en santé mentale. Les enfants ne sont pas des «jeunes en difficulté». Pourtant, les parents et leurs enfants peuvent avoir besoin de services appropriés lors de cette période, pour prévenir la détérioration d'une situation de transition. Sans soutien, les familles touchées par la séparation peuvent être confrontées à court, moyen et long terme, à des problèmes tels la dépression, les troubles de comportement, la délinquance, les tentatives de suicide, le décrochage scolaire, etc.

Un ensemble de services professionnels et communautaires pourront contribuer à prévenir les conséquences néfastes qui s'associent parfois à la séparation :

- services de médiation familiale globale, portant sur la garde de l'enfant, les droits de visite, les finances et les propriétés;
- services de soutien aux familles en recomposition;
- services d'aide individuelle ou de groupe pour les enfants vivant une séparation ou une recomposition familiale;
- services d'aide aux pères ne vivant pas avec leur(s) enfant(s) ou aux nouveaux beaux-pères.

Ces services sont pratiquement absents en CLSC à l'heure actuelle.

Les enfants et les adolescents d'âge scolaire

L'obligation que fait la société aux enfants de fréquenter l'école, de la maternelle jusqu'à 16 ans, crée une condition facilitante pour les rejoindre. Les États généraux sur l'éducation ont permis une réflexion en profondeur sur le rôle de l'école. C'est une occasion pour voir comment le réseau de l'éducation et celui de la santé peuvent faire converger leurs efforts pour améliorer la qualité de vie et de santé de ces jeunes.

L'école est un lieu où se trouvent un grand nombre de jeunes. De ce fait, les problèmes et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur développement physique et psychologique vont s'y manifester. Mais plus qu'un endroit de rassemblement, l'école est aussi un milieu de vie et, comme tel, l'école, de façon intrinsèque, a une influence sur leur santé et leur bien-être et peut contribuer à l'améliorer ou non. Il existe déjà des ententes entre les commissions scolaires et les CLSC quant aux services à donner. Si ces ententes définissent certaines balises, elles sont loin de répondre aux besoins de ces jeunes. Les écoles primaires sont pour leur part aux prises avec des problèmes d'abus et de négligence pour lesquels les CLSC manquent de ressources pour y répondre adéquatement. À l'école secondaire, les problèmes se manifestent différemment par des grossesses à l'adolescence,de la détresse psychologique, le suicide, une hausse importante du tabagisme en particulier chez les jeunes filles avec un risque d'augmentation dans les années futures du cancer du poumon, l'augmentation des buveurs d'alcool qu'on peut

relier directement au haut taux de traumatismes routiers chez les jeunes, tous les problèmes reliés à la sexualité et à la prévention des MTS dont le SIDA. Ce ne sont là que quelques exemples de ce à quoi est confronté le jeune dans le milieu où il vit.

Pour y faire face, les CLSC ont des ressources limitées, tant au niveau des services sociaux que de santé. Ce n'est pas en quelques heures par semaine dans une école que des changements notables peuvent être faits en terme de promotion de la santé et de prévention et que des services individuels peuvent être offerts aux enfants en difficultés. Il y a donc lieu, si les jeunes nous tiennent à coeur, d'investir dans les écoles mais avec les écoles. L'action isolée des services sociaux dans l'école sera par elle-même insuffisante pour amener des modifications sensibles aux difficultés rencontrées par les enfants et les jeunes qui la fréquentent. C'est dans cet esprit qu'a été développé le concept «□Équipes Écoles en santé□».

Essentiellement, l'équipe École en santé mise sur un partenariat entre l'école, la communauté, les parents, les jeunes et le milieu de la santé pour identifier et s'engager à résoudre des problèmes et à créer des conditions plus favorables à la santé et au bien-être. Des services et des activités éducatives seront développés en plus des services actuellement dispensés tels que vaccination, dépistage ou suivi psycho-social.

Le partenariat école et santé ne peut qu'être bénéfique pour le jeune. En effet, «□l'estime de soi est une condition essentielle à l'épanouissement personnel et à la réussite scolaire. L'épanouissement personnel et la réussite scolaire sont des conditions essentielles à la santé et au bien-être de la personne humaine□». Des pøgrammes à cette fin tels que «Comment développer l'estime de soi» ou «La promotion des habiletés sociales à l'école», un guide destiné aux enfants d'âge préscolaire et primaire, la formation de médiateurs en milieu scolaire ou le programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes pour les jeunes de troisième et quatrième secondaire, sont des exemples d'activités qu'une équipe Écoles en santé peut mettre en place pour créer des conditions de base qui favoriseront éventuellement la prévention des autres problèmes. D'autres mesures préventives peuvent y être développées, telle que la formation sur la réanimation cardiorespiratoire et ainsi atteindre des objectifs de prévention de la mortalité suite aux maladies cardio-vasculaires.

En somme, l'école est un milieu où il est possible d'agir avec efficacité, en collaboration avec la communauté, les parents, les enfants et le milieu lui-même pour renforcer les habiletés des jeunes et prévenir les problèmes de santé et sociaux mais où il est essentiel sinon incontournable que le secteur de la santé investisse résolument. Une majorité des jeunes peut y être rejointe.

Services spécifiques aux personnes âgées

Bien que beaucoup de services aient été ou sont en voie d'être implantés dans le cadre du programme de maintien à domicile, très peu d'activités l'ont été concernant des mesures de prévention susceptibles de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes n'ayant pas de problèmes spécifiques et encore autonomes. Quatre volets auraient intérêt particulièrement à être développés dans les services de prévention pour les personnes âgées:

Un programme de prévention des chutes avec adaptation du domicile

Ce service vise à sensibiliser les personnes âgées aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile et à augmenter leurs connaissances pour l'aménager plus sécuritairement.

Un tel projet est actuellement en voie d'être amorcé par la collaboration entre un CLSC et un organisme communautaire pour identifier les conditions facilitantes à la mise en place de ce type de services. En effet, il requiert la participation active de membres âgés de la communauté pour sa réalisation sous la coordination ou l'initiative du réseau de la santé et des services sociaux et du communautaire.

Une meilleure alimentation

Un deuxième volet veut encourager une meilleure alimentation surtout pour les personnes âgées vivant seules ou à faible revenu. Différentes activités peuvent être mises en place telles que :

- services de cuisines collectives : deux fois par mois, les aînés se rencontrent pour planifier et préparer, avec une personne ressource, les repas qu'ils consommeront sur place ou à domicile;
- services d'épicerie-bus : un autobus prend les aînés à leur porte, les amène à l'épicerie et les ramène chez eux avec leurs emplettes que des préposés déposeront sur le pas de leur porte;
- cours de cuisine pour les hommes dans le besoin (ex : vivant seuls ou dont la conjointe est malade);
- dépistage nutritionnel uniforme et efficace chez des personnes âgées admises dans les services de main-

tien à domicile des CLSC, les Centres de jour et les Hôpitaux de jour.

L'usage judicieux de médicaments par les personnes de 55 ans et plus

Un tel programme peut s'élaborer conjointement avec l'aide de pharmaciens, de médecins et des personnes âgées elles-mêmes. On sait en effet que l'abus de médicaments entraîne de la confusion, des chutes et des hospitalisations qui pourraient être évitées. Plusieurs médicaments utilisés sont des produits en vente libre.

La promotion de l'action intergénérationnelle

Les personnes âgées peuvent aussi contribuer grandement par leur expérience à supporter des projets dits intergénérationnels auprès des jeunes mères, des enfants et des adolescents.

Ces services, pour se créer et se maintenir, exigent un minimum de ressources afin de susciter la concertation et veiller au développement d'habiletés suffisantes dans la communauté pour favoriser l'émergence et le bon déroulement des différents projets.

Les maladies infectieuses, les MTS et le Sida

De façon générale, les quelques ressources affectées aux maladies infectieuses et à la prévention des MTS (maladies transmises sexuellement) et du Sida sont consacrées essentiellement aux programmes de vaccination des enfants et des adolescents et, de façon marginale, à des services de dépistage anonyme du Sida et dans le programme UDI (utilisateurs de drogues injectables), ces deux programmes s'étant mis en place sans ressource additionnelle. Quelques CLSC tiennent des cliniques MTS ou des cliniques jeunesse mais cela est loin d'être un service accessible dans toute la région.

De plus, plusieurs d'entre eux ont de la difficulté à offrir des services requis pour les adultes suite par exemple aux résultats d'enquêtes épidémiologiques où une vaccination est nécessaire ou dans le cadre des programmes de vaccination tels qu'influenza. Le programme de vaccination contre l'hépatite B ne peut atteindre ses objectifs faute de ressources suffisantes pour rejoindre la clientèle à risques qui pourrait en bénéficier et dégager le temps nécessaire pour la vacciner. En raison de la disponibilité de nouveaux vaccins pour prévenir des maladies contagieuses ou la nécessité de revoir le calendrier de vaccination comme pour la rougeole, les programmes de vaccination se sont élargis, amenant un surcroît de travail pour le personnel infirmier qui dessert à la fois les programmes de vaccination et les secteurs de l'enfance et du milieu scolaire. La clientèle adulte se trouve ainsi laissée pour compte dans bien des cas, faute de ressources.

Des ressources seront donc allouées aux CLSC afin de :

- consolider les services de dépistage anonyme et les services d'UDI;
- supporter la notification des partenaires selon des modalités à définir dans le futur, autant pour les MTS que pour le Sida;
- assurer une gestion efficace des produits biologiques; les coûts énormes engendrés par une mauvaise gestion des produits biologiques exigent une gestion plus rigoureuse de leur utilisation;
- assurer une accessibilité aux adultes, au niveau de l'ensemble des CLSC, afin de répondre aux besoins de vaccination dans le cadre de programmes particuliers, dont l'influenza pour les clientèles à risques ou lors de besoins identifiés dans des enquêtes épidémiologiques entre autres.

De plus, les CLSC devront investir davantage pour participer à la surveillance du taux de couverture vaccinale par l'exploitation du logiciel Vaxin et dans la surveillance des effets secondaires reliés à la vaccination.

Leur rôle devrait être intensifié pour rejoindre les personnes pouvant bénéficier de la vaccination contre l'hépatite B ou être protégées par la notification des partenaires dans le cas des MTS. Il nous apparaît nécessaire d'allouer un minimum de ressources pour actualiser ces services et permettre aux CLSC de devenir des partenaires à part entière dans la lutte contre les MTS et le Sida.
Lors des consultations, une emphase a été mise sur la nécessité de mettre en place des mécanismes de concertation pour travailler à la prévention du Sida en particulier et des MTS. Cette concertation doit regrouper autant les organismes communautaires impliqués et la Direction de la santé publique que les CLSC. Pour cela, ces derniers doivent être en mesure de dégager des ressources pour y participer.

Mobilisation intersectorielle - autres services

Comme il est connu que de nombreux secteurs d'activités doivent être mis à contribution pour améliorer la santé de la population, il faut une porte ouverte pour l'action intersectorielle, avec des partenaires tels que les municipalités et les milieux de travail.

Le concept de mobilisation intersectorielle préconisé par *Villes et Villages en Santé* (VVS) est un bel exemple de partenariat à développer. Les élus municipaux ayant le pouvoir d'agir sur plusieurs facteurs environnementaux ayant des impacts sur la santé de leur communauté, il importe de les sensibiliser au rôle de premier plan qu'ils exercent à ce niveau. La contribution d'agents de promotion qualifiés apparait indispensable pour soutenir les élus municipaux dans l'apprivoisement de ce concept et le déploiement des actions intersectorielles en regard de la santé. À titre d'exemples, mentionnons :

- surveillance de quartier pour prévenir la violence, notamment envers les personnes âgées;
- arrachage de l'herbe à poux pour prévenir les problèmes allergiques□: asthme, hinite, etc.;
- disponibilité de lieux de loisirs (pistes cyclables, piscines publiques familiales, terrains de jeu, etc.) pour promouvoir l'activité physique et agir sur les maladies cardio-vasculaires et même sur la santé mentale;
- promotion du port du casque protecteur lors de l'utilisation de la bicyclette (réduction des traumatismes crâniens).

D'autres programmes ou activités complémentaires devront éventuellement être développés en collaboration avec des milieux intersectoriels. Pensons par exemple à la lutte contre les maladies cardio-vasculaires par le dépistage de l'hypertension artérielle qui peut se faire en milieu de travail, la lutte anti-tabagisme, qui non seulement prévient les maladies cardio-vasculaires mais aussi le cancer du poumon, et la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation. La participation de milieux autres que celui de la santé devient alors un atout majeur à l'efficience de nos actions.

La mobilisation des différents partenaires locaux nécessite des ressources spécifiquement affectées à ce type d'intervention sur les systèmes d'une communauté. En raison des objectifs de santé poursuivis et de l'adoption par le Conseil d'administration d'«□...une philosophie d'action axée sur le milieu : agir par et dans les milieux de vie□», de même que du rôle important que le CLSC peut jouer dans sa communauté et auprès de ses partenaires intersectoriels, un minimum de ressources devra être réservé pour amorcer des actions dans ce domaine.

Un leadership à assumer

À plusieurs reprises au cours de la consultation et des audiences, il a été demandé à la Régie d'assumer un leadership afin de faciliter la concertation entre les différents partenaires susceptibles d'intervenir pour trouver des solutions à nos problèmes et agir de façon complémentaire. Ces recommandations s'adressaient particulièrement aux interventions concernant le Sida, la violence (en particulier la violence conjugale et celle faite aux femmes) de même qu'aux interventions qui s'adressent à l'enfant et à la famille.

Selon nos observations, la concertation est nécessaire à deux niveaux pour devenir un gage de succès. Au niveau régional particulièrement, afin de :

- convenir d'objectifs à atteindre;
- identifier les indicateurs qui permettront d'en suivre l'évolution;
- assurer l'évaluation de l'efficacité des interventions et dans certains cas, de la pénétration des services;
- permettre de développer nos connaissances;
- partager les expertises;
- développer des outils communs lorsque pertinent;
- identifier les besoins de formation pour la mise en place des différents services requis pour l'atteinte des objectifs retenus.

L'autre niveau de concertation doit se faire dans chacun des territoires de CLSC afin de respecter les dynamiques locales et l'ajustement des services et programmes aux besoins spécifiques des territoires.

La Régie verra donc à mettre en place des mécanismes de concertation régionale et à susciter des concertations locales, en tenant compte des différents objectifs de santé et de bien-être à atteindre et des services requis à ces fins.

Une évaluation des résultats

Lors de la consultation, plusieurs intervenants ont fait valoir la nécessité d'évaluer les actions qui seront entreprises dans le cadre du virage promotion-prévention. La Régie fait sienne cette préoccupation et s'engage à apprécier l'implantation du virage de même que l'atteinte des résultats qui découleront des actions entreprises. Les travaux d'évaluation qui seront réalisés permettront, entre autres, de juger de la pertinence et de la faisabilité des actions retenues, de leur degré de réalisation, des populations rejointes et de la satisfaction de leurs besoins, etc.

Ils permettront aussi à la Régie, aux établissements et organismes concernés de réajuster les décisions prises si

nécessaires et à rendre compte des réalisations. La concrétisation de ces objectifs exigera un partenariat soutenu de la part de tous les acteurs concernés par le virage promotion-prévention. La collaboration qu'exigera la mise en oeuvre du virage sera toute aussi essentielle pour en assurer l'évaluation. Par ailleurs, la Régie est consciente que les travaux qui seront menés pour évaluer le virage ne pourront être réalisés sans que des ressources soient spécifiquement affectées à cette tâche.

Un financement adéquat

Pour assurer le virage promotion-prévention et la réalisation des stratégies d'action prioritaires, un financement de 5 850 000 $ est prévu sur une période de 5 ans à partir de 1996-1997. Près du deux tiers environ de ces budgets iront à des programmes et des services pour les enfants, les familles et les jeunes et un montant sera réservé pour répondre aux impératifs du monitoring et de l'évaluation des activités et services mis en place en promotion-prévention.

À titre indicatif, après une analyse des ressources humaines requises pour la mise en place des services décrits dans le texte, les budgets pourraient être distribués selon l'ordre de grandeur apparaissant au tableau 1.

Tableau 1
Distribution budgétaire, à titre indicatif

Programme	($)	(%)
Programme global en périnatalité	1 100 000	
Stimulation précoce et dépistage	850 000	62,4
Aide famille séparation	600 000	
Équipes École en santé	1 100 000	
Mobilisation intersectorielle et autres services	300 000	
Services spécifiques aux personnes âgées	750 000	37,6
MTS/Sida et prévention maladies infectieuses	650 000	
Évaluation et monitoring des activités, des services en promotion prévention	500 000	
Total	**5 850 000**	

La répartition définitive des montants sera faite subséquemment en tenant compte d'une évaluation plus précise des besoins prioritaires avec les organismes concernés et en fonction de la disponibilité progressive des budgets et de la réaffectation des ressources humaines amenée par la transformation structurelle.

Section 2.2
La condition de vie des femmes

Les modifications dans les attitudes et les mentalités pour que les femmes se voient autrement et que les rapports hommes/femmes soient modifiés sont des changements qui concernent l'ensemble de la société et qui ne peuvent se concrétiser que par une multitude d'actions dans les divers secteurs d'activités sociales et économiques.

Devant ces constats, que peuvent faire la Régie et le réseau de la santé et des services sociaux ?

Pour contrer la violence conjugale et les abus sexuels, la Régie travaillera à l'implantation du rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel et de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale dont les quatre grands axes sont□: la prévention, le dépistage systématique, l'adaptation des interventions psychosociales aux réalités particulières des clientèles et l'amélioration de l'efficacité de l'intervention socio-judiciaire et professionnelle. Le comité aviseur sur la condition de vie des femmes continuera de jouer son rôle conseil auprès de la Régie pour l'actualisation de cette politique et de ce rapport. Avec raison, les femmes soulignent qu'il faut passer à l'action et démontrer une volonté d'apporter des changements.

Des pistes d'action

La prévention

Les programmes de prévention et de promotion à développer ou à consolider, tant au niveau des CLSC que des organismes communautaires, devraient promouvoir l'établissement de rapports égalitaires entre les hommes et les femmes et entre les garçons et les filles et ce, en sensibilisant la population, en outillant le personnel en contact avec les enfants, en amenant les parents à éduquer les enfants de façon égalitaire. Ces programmes pourraient amener les nouvelles générations à adopter des modèles relationnels fondés sur le respect des droits de la personne, les responsabilités individuelles et le respect des différences. Ils pourraient favoriser la réduction des inégalités et agir sur le milieu de vie.

En milieu scolaire, il existe des programmes qui visent à développer une meilleure estime de soi, à trouver des mécanismes de résolution de problèmes, de prévention de la violence dans les relations amoureuses à l'adolescence, la promotion des conduites pacifiques et le développement d'habiletés sociales. Ceux-ci, en mettant l'accent sur ce qui est à l'origine de la violence, en diminueront l'ampleur.

Par ricochet, certains programmes s'adressant aux jeunes enfants et à leurs parents tels que le programme global de périnatalité, le programme de stimulation précoce, les services d'aide pour la famille vivant une séparation, pourraient, en créant des conditions de vie plus favorables et en donnant aux enfants, tant filles que garçons, un sentiment de compétence, éliminer à la source certains germes de la violence.

Le dépistage

À plusieurs reprises, on souligne l'importance de rendre les professionnels travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux plus aptes à dépister les femmes victimes de violence conjugale et sexuelle et leurs enfants. Pour ce, différentes mesures doivent être prises.

Un programme de sensibilisation sera développé pour□:

- mieux informer les travailleurs, autant les femmes que les hommes, de cette réalité;
- outiller de façon plus spécifique ceux qui sont le plus susceptibles de les rencontrer de par leurs fonctions (ex.□: les médecins et intervenants en CLSC, en périnatalité et en scolaire, dans les salles d'urgence et en alcoolisme-toxicomanie);
- sensibiliser les responsables du maintien à domicile aux risques de violence et à la nécessité de réduire le nombre d'intervenants différents auprès des personnes âgées pour diminuer leur insécurité;
- actualiser le protocole d'utilisation de la trousse médico-légale dans les cas d'agressions sexuelles. La Régie verra aussi avec les établissements concernés à accroître la disponibilité médicale;
- développer des outils pour faciliter le dépistage en collaboration avec les groupes provinciaux.

L'intervention

Les maisons d'hébergement pour les femmes violentées, les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, de même que les organismes s'adressant aux hommes sont sous-financés. À cet effet, dans le cadre du SOC (soutien aux organismes communautaires), la Régie recommandera

qu'un budget leur soit alloué pour soutenir leurs interventions et améliorer l'accompagnement et le suivi.

Des mécanismes de concertation seront mis en place pour assurer une accessibilité à un continuum de services pour les femmes et leurs enfants victimes de ces types de violence et d'une complémentarité entre le réseau de la santé, les organismes communautaires et les milieux judiciaire et scolaire. Ce travail devra respecter les responsabilités entre les niveaux régionaux et locaux.

D'autres mesures pourront être prises pour acquérir une meilleure connaissance de ce phénomène et en surveiller l'évolution grâce à la collaboration de différents organismes, et pour sensibiliser la population au phénomène de la violence.

Aucune mesure unique ne réussira à contrer le phénomène de la violence, mais par des actions et la coopération des différents secteurs d'activités, par une volonté commune de changer les choses, par une sensibilisation à des alternatives à la résolution des problèmes, par la détermination à poursuivre nos engagements, il est possible d'apporter des changements. Là-dessus, la Régie compte grandement sur l'appui du comité aviseur sur la condition de vie des femmes pour la guider dans sa démarche.

En ce qui concerne les préoccupations soulevées par les groupes de femmes concernant l'accessibilité à des services spécifiques, les éclaircissements suivants peuvent être apportés□:

Les services de planification des naissances

À la lumière de la nouvelle politique de planification des naissances publiée récemment par le Ministère, la Régie s'assurera d'accroître l'accessibilité de ces services à travers la région. La nature même des services offerts devra toutefois être évaluée afin de faire les choix les plus judicieux et les mieux adaptés aux besoins et aux ressources disponibles.

Le dépistage du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein est une priorité nationale. La Régie a déjà affecté des professionnels à l'implantation de ce programme dans notre région..

Pour les deux volets planification des naissances et dépistage du cancer du sein, un montant de 400□000□$ sera réservé pour s'assurer que des mesures concrètes soient mises en place.

Maisons des naissances

Il y a actuellement des projets pilotes au Québec qui sont en phase d'évaluation concernant le fonctionnement des maisons des naissances. La Régie est attentive aux résultats qui proviendront de ces évaluations pour permettre, s'il y a lieu, de répondre plus adéquatement aux attentes manifestées par les femmes désireuses d'accoucher près de leur milieu.

Le maintien à domicile et la surcharge pour les femmes

Cette question est soulevée non seulement au niveau régional mais au niveau provincial, dans le cadre du virage ambulatoire. Des mesures d'évaluation et des indicateurs devront être développés pour permettre une évaluation plus spécifique et précise de l'impact du virage ambulatoire auprès des familles et en particulier auprès des femmes. Toutefois, une sensibilisation sera faite auprès des organismes offrant du maintien à domicile pour qu'ils portent une attention constante au risque d'alourdir la tâche des femmes et pour qu'ils prévoient des mécanismes compensatoires.

Comme dans le domaine de la violence faite aux femmes, nous souhaitons que le comité aviseur sur la condition de vie des femmes demeure vigilant et continue d'aviser la Régie sur des approches et des mesures spécifiques qui pourraient être implantées afin d'améliorer la qualité des services offerts aux femmes.

Section 2.3
Le soutien à la personne et aux familles

Parmi les multiples interventions réalisées par le secteur de la santé, des services sociaux et du bien-être, il en est une dont l'importance est très significative mais qui souffre d'un manque de visibilité, c'est ce que nous appelons «□l'allocation directe à la personne□». Il s'agit des sommes consenties à des personnes pour les supporter partiellement dans leurs besoins.

Ces besoins sont très variés. Il peut s'agir d'aider des parents qui ont besoin de gardiennage afin de prendre un peu de répit lorsque leur enfant vit avec un handicap ou présente des comportements perturbants ou de supporter des enfants qui vivent avec leurs parents âgés dont l'autonomie est réduite. L'aide peut aussi consister à offrir un milieu de vie adapté à des adultes dont l'autonomie est grandement réduite en raison d'une déficience ou d'une maladie, comme la sclérose en plaques.

Tableau 2
Budget alloué pour le soutien à la personne et à la famille

Lieu	($)
milieux résidentiels substituts	1□250□000
maintien à domicile et répit pour les personnes handicapées	850□000
soutien à la famille (répit, dépannage, gardiennage)	
- santé mentale	200□000
- personnes âgées	300□000
- déficience intellectuelle	300□000
- jeunesse	700□000
Total	**3 600 000**

Dans le cadre de la transformation des services et afin de répondre aux besoins sans cesse grandissants des personnes dont l'autonomie est réduite ou qui vivent avec un handicap, la Régie s'engage à soutenir la personne et les proches en consacrant, sur une période de 5 ans, un budget de 3,6□millions□$. Cette décision est fidèle aux orientations retenues dans le cadre du «□Projet INTER□» et aux stratégies d'action prioritaires de la Politique de la santé et du bien-être adoptées en février 1995.

Le budget alloué pour le soutien à la personne et à la famille se détaille tel qu'indiqué au tableau 2. Ce budget sera investi dans ces services de façon graduelle de 1996-1997 à 2000-2001. C'est le virage que prend actuellement le réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs qui permet de dégager ces sommes pour les réallouer vers la personne et les familles.

Section 2.4
Les organismes communautaires

Le Ministère a procédé en 1994-1995 au transfert de la gestion du fonds de soutien aux organismes communautaires (SOC). La Régie a adopté en 1995 un cadre d'interaction entre elle et les organismes communautaires. Ce cadre constitue l'expression de la reconnaissance du rôle des organismes communautaires auprès des citoyennes et des citoyens. De plus, il est l'expression d'une volonté non équivoque de faire évoluer graduellement les relations mutuelles dans le but de soutenir ceux-ci dans leurs actions et ainsi favoriser des alliances entre partenaires afin de renforcer l'impact des interventions auprès des personnes dans leur milieu de vie.

L'actuel plan de transformation fait état de la présence active des organismes communautaires tout au long des mesures identifiées en lien avec des problématiques, des phénomènes sociaux ou des clientèles.

Les organismes communautaires affirment leur spécificité entre autres par leur approche globale d'intervention axée sur les changements d'attitudes et de comportements individuels et communautaires. Les angles de prise de leur intervention sont multiples.

Afin de soutenir leurs actions, la Régie s'engage à :

- Initier avec eux et les établissements de leur communauté, des alliances entre partenaires égaux, dans le but de multiplier les impacts positifs du développement de la personne, de la famille et de la communauté.
- Consacrer, sur 5 ans, à compter de 1996-1997, un rehaussement de 3,6 millions $ de leur financement, ce qui représente une augmentation de près de 40 % du montant qui leur est actuellement consacré.
- Tenir compte des recommandations que le comité régional sur le cadre financier et le cadre de gestion a transmis à l'automne 1996, pour la répartition de cette enveloppe.

Section 2.5
L'économie sociale

L'économie sociale fait référence aux nombreuses organisations que l'on associe généralement aux milieux communautaires et coopératifs. Elle renvoie à un système de biens et de services d'utilité collective, c'est-à-dire en réponse à de nombreux besoins sociaux et économiques qui ne sont pas actuellement pris en charge par l'économie de marché ou par l'État, mais par ce secteur qui se situe entre ces deux pôles.

Les objets de l'économie sociale

L'économie sociale se caractérise par des activités qui répondent à des besoins sociaux et économiques identifiés par la communauté. Il existe donc un contrôle démocratique direct sur la définition des besoins et l'offre des produits et services. Ces activités font appel à un financement mixte en provenance de l'État, du secteur privé, des usagers et du bénévolat.

Les activités de l'économie sociale créent de l'emploi en privilégiant les femmes dans une proportion de 75 %. Ces mêmes activités entraînent une socialisation, une solidarité et une cohésion sociale. Le développement de cette économie doit viser la création d'emplois stables, participer au développement économique et social des localités et des régions, favoriser le développement de l'autonomie des personnes par l'accès à un emploi et par leur participation active à la vie de la société. Aussi, le travail en réseau ou en regroupement est-il essentiel à l'épanouissement et au financement de ce type d'activités.

Le processus de développement de l'économie sociale

Le développement de l'économie sociale n'est pas seulement tributaire de son financement, il repose tout autant sur une nécessaire concertation locale et régionale des principaux acteurs (élus, administration publique, milieu communautaire, etc.), pour assurer un développement économique et social planifié par le milieu. Cette concertation stratégique devient un levier de première importance par la promotion d'une réponse locale à des besoins locaux, pour le développement d'une économie davantage solidaire.

Actuellement, les modalités de financement font l'objet de discussions au niveau provincial, entre les différents ministères impliqués, particulièrement ceux de la Sécurité du revenu et de la Santé et des Services sociaux. Des

discussions sur la révision de certains programmes d'employabilité, le dépôt de certains rapports et la mise en place d'un chantier sur l'économie sociale reportent potentiellement à l'automne 1996 les décisions finales du gouvernement sur ce sujet.

Au niveau régional, le développement de l'économie sociale relève d'un comité régional formé des représentants des ministères et organismes impliqués dans le financement, ainsi que des groupes de femmes, du Conseil du statut de la femme et des groupes communautaires. À cet égard, le comité demande que les budgets réservés aux projets d'économie sociale soient regroupés dans un fonds particulier régionalisé. Un tel fonds permettrait de mettre fin à plusieurs irritants (normes, procédures, délais) et favoriserait un consensus à l'égard des critères et balises des différents programmes gouvernementaux.

Tout en convenant que la consolidation et le développement des organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux rejoignent certains objectifs de l'économie sociale, il ne serait pas souhaitable selon le comité régional de financer l'économie sociale à partir du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Cependant, un arrimage entre les deux programmes est souhaité. Au niveau de la Régie, cet élément demeure à clarifier.

Par ailleurs, la Régie entend poursuivre ses actions déjà bien amorcées en assumant ses responsabilités dans le dossier de l'économie sociale. À cet égard, un projet défi-autonomie dans le territoire du CLSC Des Chenaux vient d'être autorisé. Le développement de milieux substituts pour les personnes handicapées et plusieurs autres mesures compatibles avec les objectifs de l'économie sociale sont en marche. Enfin, la consolidation des organismes communautaires répond également aux objectifs poursuivis par le programme.

Consciente de l'importance de ce programme pour notre région, la Régie, dans le cadre de ses travaux et de ses responsabilités, entend mobiliser et concerter les différents acteurs locaux et régionaux dans la mise en place de mécanismes de coordination et de partenariat nécessaires au développement de l'économie sociale.

Section 2.6
Les services accessibles en communauté répondant à 85□% des besoins

Un ensemble de services doit être accessible sur chaque territoire de CLSC. Ces services sont les premiers points de contact de la population avec le réseau. Ils s'adressent à l'ensemble de la population et permettent de résoudre la très grande majorité des préoccupations et des problèmes communs de santé ou psychosociaux que peuvent vivre les personnes.

Sans prétendre être exhaustive, la liste suivante indique les services qui doivent se retrouver sur chaque territoire de CLSC□:

- Service téléphonique Info-Santé CLSC 24 heures/7 jours qui offre de l'information, des conseils et une orientation vers la ressource la plus adéquate, en santé et services sociaux.
- Services médicaux, avec ou sans rendez-vous, prolongés par un service de garde médicale répondant aux urgences mineures, 24 heures/7 jours. Ceux-ci impliquent les cabinets privés des médecins.
- Services infirmiers généraux (prises de sang, pansements, injections, etc.) et spécialisés.
- Services diagnostiques de base□: radiographie, électrocardiogramme, analyses en laboratoire, 24 heures/7 jours. (L'ampleur et la plage horaire de ces services seront déterminés en fonction des caractéristiques et des ressources présentes dans l'environnement de chaque communauté.)
- Services thérapeutiques□: physiothérapie, ergothérapie, inhalothérapie, orthophonie.
- Services préhospitaliers d'urgence□: transport et soins ambulanciers, premiers répondants.
- Services sociaux courants□: interventions sur une très grande variété de problématiques psychosociales vécues par les personnes et par les familles.
- Services de promotion-prévention□: suivi périnatal, stimulation des jeunes enfants, support aux familles, actions en milieu scolaire, soutien des communauté, vaccination, dépistage (exemple□: cancer du sein, VIH), investigations, information, accompagnement, entraide, etc.
- Services de soutien à domicile□: ces services s'adressent à des personnes qui ont été hospitalisées ou qui

ont subi une chirurgie et à des personnes en perte d'autonomie (en raison de l'âge, d'une déficience physique ou intellectuelle ou d'un problème de santé mentale); soins infirmiers courants, aide à domicile, soins médicaux et, parfois, physiothérapie et ergothérapie. Certains services spécialisés seront offerts lorsqu'indiqués, par exemple : antibiothérapie, oxygénothérapie, dialyse, hyperalimentation parentérale, soins palliatifs et contrôle de la douleur.

- Services aux personnes âgées : maintien à domicile, répit-dépannage, gardiennage, centre de jour, gériatrie, hébergement temporaire, intermédiaire et de longue durée.
- Services en santé mentale : les services en santé mentale comprennent principalement deux volets. Le premier étant les services de base et le second le support aux familles.

  Les services de base en santé mentale comprennent :

  - L'équipe de base en CLSC formée d'un noyau multidisciplinaire d'intervenants incluant un médecin omnipraticien.
  - Les groupes d'entraide formés de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.
  - Une réponse 24 heures/7 jours par semaine aux situations de crise.

  Ces services de base ont pour clientèle-cible les personnes ayant des troubles sévères, persistants ou transitoire, de même que la famille et les proches de ces personnes.

  Essentiellement, ces services visent le maintien dans le milieu de vie des personnes, contribuent à la réadaptation et à la réinsertion sociale, préviennent et désamorcent des crises et évitent l'hospitalisation et les réhospitalisations.

  Le support aux familles fait référence au programme de répit et de dépannage qui est une mesure gérée conjointement par les CLSC et les groupes d'entraide de parents.

- Services s'adressant à des clientèles particulières : des services particuliers sont requis pour certaines clientèles : enfants en besoin de protection, alcooliques et toxicomanes en besoin de réadaptation, personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle. Ces services sont offerts par des organismes régionaux. Certains de ces services seront déconcentrés localement en fonction des caractéristiques du territoire et des masses critiques.

Section 2.7
Programme clientèle Santé physique

Le contexte

Dans le passé on a eu recours aux hôpitaux pour une grande partie des services de santé. Ce choix reposait sur la croyance que les meilleurs soins étaient ceux qui étaient dispensés dans un hôpital de courte durée. On a assisté à la croissance du nombre des hôpitaux et des lits, par opposition au développement des services plus légers de première ligne.

Depuis quelques années, les préoccupations face au financement ont entraîné l'examen critique des coûts et de l'efficience des hôpitaux, de même que de la façon d'organiser les services.

Dans la région comme ailleurs, certains changements sont déjà amorcés□: réduction des durées de séjour en hôpital, développement de la chirurgie d'un jour, utilisation plus grande des consultations externes sans hospitalisation. Ces changements ont eu pour effet de réduire le nombre de lits requis pour les hospitalisations.

Pour continuer de répondre à l'ensemble des besoins de la population et pour assurer la disponibilité des services spécialisés ainsi que l'accès à ces services, voici les orientations de changement proposées en santé physique pour les prochaines années.

La clientèle et ses caractéristiques

Le champ de la santé physique regroupe un ensemble très vaste de services et d'activités qui visent à améliorer ou à restaurer la santé physique, à résoudre un problème précis nécessitant une intervention ponctuelle. Ces services s'adressent à l'ensemble de la population et à toute personne qui rencontre un problème de santé mineur ou sérieux.

État de santé de la population

L'enquête Santé-Québec (ESQ) de 1992-1993 a montré que 89,3□% de la population de la région percevait son état de santé comme étant bon, très bon ou excellent. L'enquête réalisée cinq ans plus tôt donnait des résultats quasi identiques. Ce niveau de satisfaction est très proche de celui de la population de l'ensemble du Québec.

Par ailleurs, 53□% de la population déclare souffrir d'au moins un problème de santé tandis que 26,7□% en rapporte plus d'un. Les principaux problèmes déclarés sont□: l'arthrite et le rhumatisme, les allergies et affections cutanées, les troubles mentaux, les maux de tête, les maux de dos et la grippe.

Tableau 3
Principales causes de décès en Mauricie-Bois-Francs et au Québec, 1989-1993

Causes de décès	Région 04 (%)	Québec (%)
maladie de l'appareil circulatoire	38,9	37,8
tumeurs	28,7	29,8
maladies de l'appareil respiratoire	8,8	8,2
lésions traumatiques et empoisonnements	7,5	7,2
maladies de l'appareil digestif	3,4	3,6□

Source : Décès, 1989-1993

Tableau 4
Principales causes d'hospitalisation en Mauricie-Bois-Francs et au Québec, 1993-1994

Causes d'hospitalisation	Région 04 (%)	Québec (%)
maladies de l'appareil circulatoire	13,5	12,7
maladies de l'appareil digestif	11,5	10,6
complication grossesse, accouchement, couches	10,8	13,1
maladies de l'appareil respiratoire	10,0	8,9
tumeurs	6,9	7,1

Source : Med-Écho 1993-1994

Mais tous les problèmes de santé ne requièrent pas l'utilisation des services de santé; ceux qui causent la mortalité ont habituellement une forte incidence sur les services. Le tableau 3 présente les principales causes de décès dans la région et au Québec, pour les années 1989 à 1993.

D'autres problèmes de santé peuvent être directement reliés à l'utilisation de certains services. C'est le cas de ceux qui entraînent des hospitalisations (voir le tableau 4).

Le plan de transformation

Les principaux objectifs visés sont :

- un accent plus marqué sur la promotion et la prévention;
- un renforcement des services de première ligne dans tous les territoires de CLSC;
- un meilleur accès aux services spécialisés en milieu hospitalier :
  - par le développement des services ambulatoires (sans hospitalisation);
  - par une utilisation plus pertinente et plus efficiente des lits hôpitaux.
- un système bien intégré de soins fondé sur l'approche globale, la continuité pour les personnes, la qualité et les liaisons bien établies entre les partenaires qui offrent les différents services;
- l'équité entre les territoires;
- le dégagement de la marge de manoeuvre financière nécessaire pour permettre la contribution de la santé physique dans le cadre des restrictions budgétaires et les réallocations requises.

Les services en promotion-prévention

Ces services recouvrent un large éventail d'activités en santé physique. Les professionnels de la santé font quotidiennement des actions en matière de prévention et de dépistage. Plusieurs programmes offerts par les CLSC y sont directement consacrés, de même que les services de nombreux groupes communautaires. On retrouvera à la section intitulée le virage promotion-prévention les priorités d'action concernant la santé physique.

Les services de première ligne

On peut avancer que, sur une période d'une année, entre 75 % et 80 % des gens n'ont pas besoin de services de santé ou ne requièrent que des soins généraux pour des problèmes mineurs.

Il importe donc de consolider les services de première ligne, particulièrement en CLSC, et de les relier en un réseau intégré. Ces services sont la porte d'entrée, le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ils doivent répondre aux caractéristiques suivantes :

- L'accessibilité à tous, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, près du milieu de vie.
- La globalité, puisqu'ils sont appelés à solutionner un vaste éventail de situations et de problèmes. Ils peuvent être de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et même palliative.
- La continuité, car un suivi régulier en première ligne permet au personnel de santé de mieux connaître les patients et de tenir compte de leur environnement dans la recherche d'une solution. Il permet de référer à bon escient en spécialité et de reprendre le patient au moment indiqué.
- L'homogénéité, la nature des services devant être comparable et de même qualité dans tous les territoires et à tout moment.[2]

Le tableau 5 illustre les services de santé physique que l'on devra retrouver dans chacun des territoires de CLSC.

Au niveau des services de base

Les CLSC deviennent la plaque tournante des services de base en santé physique. Ils auront la responsabilité de s'assurer de la disponibilité des services médicaux cliniques avec ou sans rendez-vous et d'une urgence mineure 24/7 sur leur territoire en coordonnant la démarche visant à établir des ententes avec les médecins de cabinets privés ou en offrant eux-mêmes le service. Les urgences hospitalières pourront être mises à contribution. La solution optimale devra être trouvée pour chaque territoire. Elle pourra cependant être différente d'un territoire à l'autre en s'assurant qu'il n'y a pas dédoublement de services. L'urgence mineure pourra même couvrir deux territoires.

Pour chacun des territoires de CLSC, les services de base sont accessibles à la population. Cependant, trois de ces services seront dispensés selon des modalités organisationnelles différentes, en raison des diverses caractéristiques territoriales, soit les services médicaux cliniques avec ou sans rendez-vous, l'urgence mineure 24/7 et les services diagnostiques.

2 Pour cette description, de même que pour celle des services de deuxième ligne, les informations s'inspirent de l'avis du Conseil médical du Québec intitulé : Sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter, la hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

Tableau 5
Services de santé physique que l'on devra retrouver dans chacun des territoires de CLSC

Services de base	Services à domicile et en milieux de vie	Services préhospitaliers d'urgence
Service téléphonique Info-Santé CLSC 24 heures/7 jours	Soins médicaux	Traitement des appels pour ambulance
Services médicaux cliniques avec et sans rendez-vous	Services infirmiers (pansements, injections, suivi des signes vitaux, etc.)	Premiers répondants auprès de la personne
Services infirmiers	Services spécialisés (antibiothérapie, oxygénothérapie, dialyse, hyperalimentation, soins palliatifs et contrôle de la douleur)	Transport et soins ambulanciers
Urgence mineure 24 heures/7 jours	Services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie)	Encadrement médical
Services diagnostiques de biologie médicale, de radiographie et d'électrocardiographie		
Services d'inhalothérapie, de diétothérapie, de pharmacologie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie		
Service de promotion-prévention (information)		
Dépistage, vaccination		
Services d'entraide		

Nonobstant l'obligation des CLSC de s'assurer de la disponibilité des services médicaux, la proposition du territoire sera soumise à la Régie pour approbation et devra respecter les caractéristiques suivantes□:

- Haut Saint-Maurice

  Toute la gamme des services de première ligne est sous la responsabilité du nouvel établissement issu de la fusion du CLSC et du centre hospitalier. L'organisation des services diagnostiques tient compte du mandat en médecine interne/cardiologie, en chirurgie générale et en gynéco-obstétrique. On y retrouve principalement les services diagnostiques de biologie médicale (biochimie, hématologie, banque de sang, etc...), et les services de radiologie (la graphie, la scopie, et l'échographie) ainsi que les services d'électrocardiographie.

- Centre-Mauricie

  Le CLSC assure des services sociaux et des soins infirmiers courants minimalement 60 heures par semaine. En ce qui concerne l'organisation des services médicaux et des services diagnostiques, le CLSC devra faire des ententes de services avec les médecins en cabinets privés, le nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Laflèche et du CHSLD de même que l'urgence du Centre hospitalier Régional de la Mauricie. Ce CLSC n'offrant pas de services d'urgence mineure ni de consultation médicale avec ou sans rendez-vous, nous ne prévoyons pas développer de services diagnostiques.

- Normandie - Des Chenaux

  Le CLSC issu de la fusion des deux CLSC assurera sur les deux sites les services d'urgence mineure de 8 h à 20 h en semaine, de 10 h à 17 h les vendredi, samedi et dimanche. Le financement sera ajusté en conséquence.

  Le nouvel établissement devra faire des ententes de services avec les médecins en cabinets privés, avec le nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Laflèche et du CHSLD, l'urgence du Centre hospitalier Régional de la Mauricie ainsi qu'avec le Regroupement des établissements du territoire Du Rivage (afin de respecter les habitudes de consommation de la population).

  En ce qui concerne les services diagnostiques, les services actuellement en place sur les deux sites seront consolidés.

- Les Forges

  Le CLSC assure les services sociaux et les services infirmiers courants minimalement 60 heures par semaine. En ce qui concerne l'organisation des services médicaux d'urgence mineure 24/7 et les services diagnostiques, le CLSC devra faire des ententes de services avec les médecins en cabinets privés et avec le nouveau centre hospitalier métropolitain issu de la fusion des centres hospitaliers Saint-Joseph et Sainte-Marie.

  Ce CLSC n'offrant pas de services d'urgence mineure ni de consultations médicales avec et sans rendez-vous, nous ne prévoyons pas y développer de services diagnostiques.

- Du Rivage

  Toute la gamme des services de première ligne sera sous la responsabilité du Regroupement des établissements du territoire Du Rivage. L'organisation des services diagnostiques tient compte du maintien des services d'urgence. En conséquence, on y retrouve les services diagnostiques de biologie médicale (biochimie, hématologie excluant la banque de sang), les services de radiologie (la graphie, la scopie, l'échographie) et les services d'électrocardiographie.

- Valentine-Lupien

  Toute la gamme de services de première ligne sera sous la responsabilité du Regroupement des établissements du territoire Valentine-Lupien. L'organisation des services diagnostiques tient compte du maintien des services d'urgence. En conséquence, on y retrouve les services diagnostiques de biologie médicale (biochimie, hématologie excluant la banque de sang) les services de radiologie (la graphie, la scopie, l'échographie) et les services d'électrocardiographie.

- Nicolet-Yamaska

  Toute la gamme des services de première ligne sera sous la responsabilité du Regroupement des établissements du territoire Nicolet-Yamaska. L'organisation des services diagnostiques tient compte du maintien des services d'urgence. En conséquence, on y retrouve des services diagnostiques de biologie médicale (biochimie, hématologie excluant la banque de sang), les services de radiologie (la graphie, la scopie, l'échographie) et les services d'électrocardiographie.

- Les Blés d'Or

  Sur ce territoire, le CLSC dispense les services d'urgence 24/7. Le CLSC est un centre de stabilisation médicale en traumatologie. En conséquence, on y retrouve des services diagnostiques de biologie médicale (biochimie, hématologie excluant la banque de sang), les services de radiologie (la graphie, la scopie) et les services d'électrocardiographie. Le financement des services de base et des services diagnostiques sera consolidé.

- Drummond

  Le CLSC offre des services sociaux et infirmiers courants minimalement 60 heures par semaine ainsi que des services médicaux courants avec rendez-vous. En ce qui concerne les services d'urgence mineure et les services diagnostiques, le CLSC devra faire des ententes avec les médecins en cabinets privés et l'urgence du Centre hospitalier Sainte-Croix.

- Suzor-Coté

  Le CLSC offre des services sociaux et infirmiers courants minimalement 60 heures par semaine. En ce qui concerne les services médicaux, l'urgence mineure et les services diagnostiques, le CLSC devra faire des ententes avec les médecins en cabinets privés et l'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.

  Compte tenu de l'absence de services médicaux courants, il n'y aura pas de développement de services diagnostiques à ce CLSC.

- De l'Érable

  Le CLSC de l'Érable offre des services sociaux, infirmiers et médicaux courants. L'organisation de l'urgence mineure 24/7 sera maintenue telle qu'elle existe actuellement. Les services diagnostiques requis sont actuellement disponibles et ils seront consolidés.

De façon générale, par rapport aux services de base, la Régie devra également revoir les plans d'effectifs médicaux de façon à assurer la disponibilité des ressources médicales dans chacun des territoires en prenant en considération les effectifs en cabinets privés et leur implication concrète dans la réalisation du projet de transformation.

Enfin, la Régie est en accord avec la pertinence d'ajouter une deuxième ligne téléphonique pour les services d'Info-Santé pour la population de Parent. Elle entend également s'assurer d'une formation adéquate pour les intervenants d'Info-Santé.

Au niveau des services à domicile et en milieux de vie

Ces services visent le maintien dans le milieu de vie. Il s'agit de services généraux et spécialisés s'adressant à des personnes ayant subi une intervention chirurgicale ou ayant été hospitalisées.

Le développement des services spécialisés doit se faire selon des protocoles d'entente uniformisés entre les différents établissements pour maintenir des conditions d'accessibilité comparables. Le rôle des services de première et de deuxième ligne dans le transfert de certains services spécialisés doit être mieux défini. Les services spécialisés tels l'ergothérapie, la diétothérapie, l'inhalothérapie, la physiothérapie et la pharmacologie doivent s'accompagner d'une consolidation équitable des ressources.

À cet égard, des travaux seront conduits dans les différentes sous-régions. Il faudra tenir compte à la fois des besoins de la population, des particularités des différents milieux et des orientations ministérielles sur l'organisation des services ambulatoires spécialisés.

La consolidation et le financement des services de maintien dans le milieu et des services de santé spécialisés ambulatoires devront être importants.

Au niveau des services préhospitaliers d'urgence

La mise en place d'une intervention par paliers est une orientation fondamentale de la Régie en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Cette intervention vise la réduction des délais lors d'accidents ou d'incidents nécessitant une action immédiate et urgente. Pour supporter cette orientation, la Régie prévoit les actions suivantes□:

- Implanter un programme visant la formation en réanimation cardio-respiratoire des étudiants du secondaire.
- Supporter la formation des trois premiers répondants pour chacune des municipalités qui en adresseront la demande et signeront le protocole d'entente à cet effet.
- Conduire des travaux devant mener à la coordination des appels d'urgence par achat de services avec une autre région ou la mise en place d'une centrale de coordination multirégionale uniservice.
- Réviser l'organisation actuelle des services préhospitaliers d'urgence afin de rencontrer les objectifs d'efficience tout en ajustant l'offre aux besoins en évolution.

Des budgets seront prévus pour le financement de ces mesures.

Les services de deuxième ligne

Les services de deuxième ligne permettent de répondre aux problèmes complexes de santé qui ne peuvent être résolus sans accès aux services ambulatoires des hôpitaux ou à l'hospitalisation. Ils regroupent des services spécialisés de santé et ils s'appuient sur une infrastructure adaptée et une technologie diagnostique et de soins lourde mais répandue.

Ils présentent les caractéristiques suivantes□:

- Ils sont accessibles sur référence de médecins de première ligne et de certains professionnels.
- Ils sont disponibles au niveau des sous-régions.
- Ils concernent des domaines particuliers de la médecine ; ils peuvent s'adresser à une classe de personnes ou à une catégorie de problèmes ou utiliser une méthode d'investigation spécialisée.
- Ils sont ponctuels□: les personnes y sont référées pour une consultation, une investigation plus poussée, une série de traitements spécialisés ou un encadrement particulier, puis retournées en première ligne lorsque cela est indiqué par leur état. Les relations entre les intervenants de première et deuxième ligne sont primordiales.

- Compte tenu de l'infrastructure et des équipements requis, ils sont généralement dispensés sur une base sous-régionale dans les hôpitaux de soins généraux et spécialisés, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, dans les centres de réadaptation et dans certains centres de santé existants Ils peuvent parfois être dispensés sur référence en cabinet privé ou en polyclinique.

Services ambulatoires

- Cliniques externes spécialisées et urgences hospitalières (ont aussi fonction d'urgence de première ligne dans certains territoires).
- Préadmission en chirurgie lorsque l'hospitalisation est requise.
- Chirurgie d'un jour.
- Hospitalisation d'un jour.
- Centres de jour spécialisés (diabète, asthme, etc.).
- Accès à la technologie et aux spécialités biomédicales.

Services d'hospitalisation

- Traitement et chirurgie le jour même.
- Hospitalisations dans les spécialités médicales et chirurgicales.
- Unités de soins spécialisés, unités de soins intensifs, bloc opératoire, bloc obstétrical.
- Traumatologie.
- Accès à la technologie et aux spécialités biomédicales.
- Services professionnels connexes.
- Unités spécifiques comme l'unité de courte durée gériatrique.

Concernant les services ambulatoires et les services d'hospitalisation, la Régie considère que certaines cliniques externes spécialisées devraient être maintenues dans les territoires où il y a changement de mission des hôpitaux existants. Les plus plausibles sont : l'urologie, la cardiologie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie (O.R.L.), la dermatologie ainsi que l'orthopédie.

L'organisation de ces services doit cependant prendre en considération des facteurs tels le volume d'activités, la disponibilité des effectifs, les coûts des équipements requis et parfois les conditions liées à la géographie. Il y a tellement de variables impliquées quant au rythme d'implantation de ces nouvelles cliniques externes spécialisées, que chaque demande fera l'objet d'une analyse particulière.

La Régie reconnaît que le changement de mission pour les hôpitaux périphériques du Trois-Rivières métropolitain nécessitera une brève phase de transition tant pour l'activité chirurgicale que pour la fermeture des lits d'hospitalisation. Les échéances des plans d'actualisation devront considérer ce besoin de modulation. De plus, il y aura lieu de réviser les plans d'effectifs médicaux pour permettre de rencontrer les objectifs de rétention par territoire.

Ces orientations ont un impact plus particulier pour les territoires Valentine-Lupien, Du Rivage, Nicolet-Yamaska, Les Blés d'Or et Haut Saint-Maurice. Les services de deuxième ligne tiendront compte des énoncés suivants :

- Reconnaître le maintien des cliniques externes générales et spécialisées disponibles actuellement dans les communautés.
- Reconnaître la pertinence de développer certaines cliniques externes générales et spécialisées par sous-région en fonction des infrastructures requises et des masses critiques.
- Les cliniques externes générales et spécialisées, dans le Haut Saint-Maurice, devront se faire par ententes de services avec le Centre hospitalier Régional de la Mauricie, qui est financé à cet effet et ultimement par le centre hospitalier spécialisé de Trois-Rivières pour certaines spécialités.
- Les établissements issus de fusions en périphérie dans le Trois-Rivières métropolitain et le centre hospitalier spécialisé devront préciser dans des ententes de services formelles les mécanismes garantissant un accès prioritaire pour les transferts de personnes, compte tenu du nombre limité de lits et de ressources spécialisées dont disposent les établissements de type CLSC.
- Cesser de façon modulée les activités du bloc opératoire incluant les activités de gynéco-obstétrique dans trois centres hospitaliers, à savoir le Centre hospitalier Comtois, le Centre hospitalier Cloutier et le Centre hospitalier Christ-Roi.
- Regrouper les activités d'hospitalisation spécialisée dans le Trois-Rivières métropolitain et maintenir un niveau minimal de lits d'hospitalisation pour la médecine familiale et la gériatrie dans les établissements de type CLSC.
- Privilégier l'accessibilité aux médecins omnipraticiens des territoires du Trois-Rivières métropolitain au centre hospitalier spécialisé pour y accoucher leurs clientes, sous réserve des orientations ministérielles, du plan des effectifs médicaux et des décisions du comité d'examen des titres de l'établissement.

- Compte tenu de la réduction importante des activités hospitalières en périphérie et du rôle important des omnipraticiens dans la prestation des services médicaux, le centre hospitalier du Trois-Rivières métropolitain doit avoir un département de médecine générale.
- Dans le suivi des plans d'effectifs médicaux, la Régie prendra en considération les orientations ministérielles pour le redéploiement des spécialistes venant des établissements affectés par la réduction ou la cessation d'activités.

La Régie retient également les mesures suivantes□:

- Réviser les consultations effectuées aux cliniques externes des centres hospitaliers et étudier la pertinence de transférer aux cliniques privées les consultations spécialisées qui ne requièrent pas de plateau technique hospitalier, en mettant en place un groupe de travail afin d'évaluer la pertinence de conserver certaines cliniques externes spécialisées en centres hospitaliers.
- Regrouper et rationaliser l'utilisation des services diagnostiques et pharmaceutiques.

  Les services diagnostiques qui pourraient se retrouver en CLSC et en regroupement d'établissements sont les services d'hématologie et de biochimie de base, de radiologie, notamment la radiographie simple et la scopie, l'électrocardiographie et l'échographie. Effectivement, les délais d'attente pour les laboratoires sont différents d'un centre hospitalier à l'autre, la Régie pense qu'en augmentant le nombre de centres de prélèvement et en visant des standards régionaux de temps d'attente, elle pourrait uniformiser l'accessibilité aux laboratoires quel que soit le territoire où la personne réside.

  Un groupe de travail poursuit actuellement des travaux afin de revoir l'organisation de l'ensemble des services diagnostiques des laboratoires. Des orientations seront communiquées à la fin de ces travaux. Il faudra également conduire une réflexion avec les spécialistes en laboratoire et en imagerie médicale pour établir les standards régionaux de délais d'attente.

  De plus, dans la perspective du virage ambulatoire, peu importe où les services de santé sont rendus, l'encadrement professionnel du service de pharmacologie doit être favorisé et dispensé le plus près possible du milieu.

  La Régie acquiesce à la demande de l'Association des pharmaciens des établissements de santé de former un groupe de travail pour l'élaboration d'un cadre de référence visant l'organisation des services pharmaceutiques pour l'ensemble de la région 04.

  Elle entend aussi conduire des travaux, avec la Table régionale des directeurs des services professionnels des centres hospitaliers, afin d'élaborer un cadre régional d'application de la politique ministérielle portant sur l'impact de la diminution des durées moyennes de séjour par rapport à la gratuité des médicaments pour les jours d'hospitalisation économisés.

- Reconnaître la pertinence de l'affiliation universitaire pour les établissements hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

  La Régie souscrit à la pertinence de l'affiliation universitaire pour favoriser le recrutement et la rétention des effectifs médicaux, en plus d'apporter un certain rayonnement pour les centres impliqués.

  À la suite du dépôt du rapport d'un groupe de travail provincial en mars 1995 sur l'affiliation universitaire, la région 04 est maintenant jumelée à l'Université de Sherbrooke.

  Le Ministère confiera à la Régie, qui agira comme fiduciaire, un budget spécifique destiné à couvrir les frais de stage et la Régie servira d'interlocuteur entre les établissements et l'Université.

  Ce budget pourra couvrir les frais administratifs estimés, les frais des superviseurs de stages en région et leurs déplacements vers l'Université, les déplacements des responsables universitaires vers la région, ainsi que les allocations dispensées aux résidents.

  De plus, la Régie conçoit qu'il faut financer l'impact de l'affiliation universitaire sur l'accroissement du volume de certaines activités hospitalières.

  La Régie conviendra avec les établissements concernés des modalités de répartition du budget consenti à cette mesure.

Les services tertiaires

Les services de médecine ultraspécialisée s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes de santé. Ils sont accessibles seulement sur référence. En raison du nombre relativement limité de patients, des

équipes ultraspécialisées et des appareils de haute technologie qu'ils exigent, ces services sont normalement disponibles à un niveau suprarégional ou provincial dans des centres universitaires à vocation ultraspécialisée.

Des corridors de services seront développés avec les centres à vocation ultraspécialisée afin de favoriser l'accès à la clientèle régionale qui requiert ce niveau de services.

Certains services tertiaires seront offerts dans la région. Ce sont les services de neurochirurgie, de néphrologie et de cancérologie. Ils sont organisés sur une base régionale, c'est à dire qu'ils sont assumés par un établissement pour tous les territoires de CLSC pour un service clinique donné et que cet établissement dispose des effectifs médicaux requis pour ce service ou ce département. La Régie financera 20 lits pour les services tertiaires dans la région.

Concernant les services tertiaires, la Régie retient également les mesures suivantes□:

- Rehaussement de la technologie en ce qui a trait à la résonance magnétique pour notre région en considérant un financement tripartite□: MSSS, la Régie et l'établissement receveur.
- Prévision du budget d'opération pour la résonance magnétique.
- Consolidation du financement des services de dialyse dans le cadre du plan triennal de développement 1996-1997 - 1998-1999.
- Mise en place d'un groupe de travail par la Régie, supporté par des spécialistes afin de réviser le plan d'organisation clinique des établissements et la pertinence de déterminer des vocations sous-régionales ou régionales et finalement, commenter les orientations de la Régie pour les services tertiaires.

Les mesures d'urgence

Le plan régional de mesures d'urgence en cas de sinistre externe complète la gamme de services. Il a été adopté en juin 1995 et mis à l'épreuve avec succès lors de l'incendie de Parent à l'été 1995.

Le bilan lits en santé physique

Le tableau présenté à la fin de cette section établit le bilan lits spécifique à la santé physique par territoire. Le ratio de 2 lits par 1 000 habitants (1,9986) a été retenu pour le calcul du nombre de lits requis dans la région en 2001.

Les paramètres suivants ont été utilisés dans la constitution du bilan lits□:

- la population en l'an 2001;
- le taux de rétention□:

  Le taux de rétention est le rapport entre le nombre d'hospitalisations de résidents de la région effectuées dans les hôpitaux de la région et le nombre d'hospitalisations de résidents de la région effectuées dans l'ensemble des hôpitaux du Québec.

  L'objectif à atteindre est un taux de rétention régional de 87□%.

  Ce taux pourra être atteint par le rapatriement de certains cas de niveau tertiaire, par la consolidation des équipes médicales spécialisées dans les centres hospitaliers qui ont éprouvé certaines difficultés de recrutement et par la restriction présumée de l'accessibilité hors région dans les cas où des corridors de services n'existeront pas.

  La Régie croit qu'il est de l'intérêt de la région de situer à 87□% son taux de rétention en lien avec l'équité interrégionale.

  Le taux de rétention est modulé en fonction des caractéristiques des différentes sous-régions□:□le taux actuel de chaque sous-région, les vocations régionales pour le Trois-Rivières métropolitain et enfin la situation géographique et les spécialités prévues dans le Haut Saint-Maurice.

  - Trois-Rivières métropolitain 91□%
  - Centre de la Mauricie 81□%
  - Drummond 85□%
  - Bois-Francs 87□%
  - Haut Saint-Maurice 76□%

  À l'avenir, la Régie envisage de fixer un taux de rétention pour chacun des établissements, considérant son territoire et prenant en compte sa mission sous-régionale ou régionale.

- Le taux d'hospitalisation par 1□000 résidents□:

  Concernant le taux régional d'hospitalisation par 1□000 résidents, l'objectif est fixé à 100,03 pour l'an 2001. En raison de ses caractéristiques géographiques et socio-

démographiques, le Haut Saint-Maurice a un objectif de 105,03 soit le taux provincial de 1994-1995.

L'atteinte de ces objectifs sera rendue possible□:

- en faisant, d'ici quatre ans, en chirurgie d'un jour, 100□% des actes chirurgicaux identifiés transférables;
- en utilisant davantage les services ambulatoires spécialisés;
- en évaluant la pertinence des hospitalisations, ce qui constitue une responsabilité des différentes instances médicales.

- La durée moyenne de séjour□:

  L'objectif est de diminuer la durée moyenne de séjour des hospitalisations de 9,08 en 1993-1994 à 7 jours en 2001. La cible de 8,40 jours est retenue pour le Haut Saint-Maurice.

  L'atteinte de ces objectifs sera rendue possible□:

  - en assurant, à domicile, la disponibilité des soins infirmiers spécialisés et l'accès à ces soins;
  - en développant les programmes de surveillance des séjours hospitaliers afin d'éviter les jours d'hospitalisation inutiles;
  - en développant dans chacun des centres hospitaliers un système de monitoring des durées moyennes de séjour (DMS) en médecine, chirurgie obstétrique et psychiatrie en comparaison avec les meilleures performances du Québec et des autres provinces.

- La clientèle provenant de l'extérieur de la région□:

  Le tableau portant sur le bilan lits considère pour chacune de nos sous-régions les jours d'hospitalisation consommés par des personnes provenant de l'extérieur de notre région. Les nombres retenus pour 2001 sont les mêmes que ceux qui ont été observés en 1993-1994.

- Le taux d'occupation des lits

  L'objectif à atteindre est un taux d'occupation des lits de 88□% pour la région. Les taux des dix centres hospitaliers se situaient en 1993-1994 entre 58□% et 93□% avec une moyenne de 80□%.

Le tableau «□Programmes de santé physique, bilan lits, calcul du nombre de lits requis□» (annexe 2, page 102) en santé physique indique le nombre de lits requis pour chacune des sous-régions. Le total régional est de 990 lits en l'an 2001. Le ratio de lits par 1□000 habitants pour chacune des sous-régions et pour la région en l'an 2001 est fourni à titre indicatif.

Il est à noter que l'indice de besoins n'a pas été utilisé pour la répartition des lits entre les sous-régions, les travaux à ce sujet n'étant pas complétés.

Section 2.8
Programme clientèle santé mentale

Le contexte

La Politique en santé mentale de 1989 définissait la santé mentale comme la capacité d'un individu à utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'il pose, d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances et de composer de façon significative avec son environnement. La révision dont cette Politique fait présentement l'objet inclut dans la notion de santé mentale la responsabilité du groupe et de l'environnement et détermine les conditions favorables à l'épanouissement de l'individu. Cette définition intègre la dimension de promotion et de prévention.

La politique de la santé et du bien-être de 1992 propose deux objectifs, en lien avec la politique de santé mentale :

- Diminuer, d'ici l'an 2002 les problèmes de santé mentale.
- Réduire de 15 %, d'ici l'an 2002, le nombre de suicides et de tentatives de suicide.

La région a repris à son compte la définition de la notion de la santé mentale, en y ajoutant un principe, soit «le renforcement de la communauté», qui implique :

- Que les services soient dispensés le plus près possible du milieu de vie des personnes.
- Que les ressources publiques et les ressources communautaires adaptent leurs interventions aux besoins exprimés en tenant compte de l'entourage de la personne, soit la famille, les proches et la communauté.
- Que les services publics reconnaissent et favorisent le dynamisme communautaire.

Les priorités régionales en santé mentale à mettre en place et à consolider sont :

- Les quatre mesures prioritaires du Ministère que sont : la formation, l'entraide, le répit aux familles, la promotion et la défense des droits.
- La réalisation des plans de désinstitutionnalisation de même que l'implantation et le recours aux plans de services individualisés.
- Des services de base d'accueil, d'évaluation, d'écoute et d'intervention pour la population en général et des services spécialisés d'évaluation et de traitement pour les enfants et les adolescents.
- Des services résidentiels substituts accessibles, gradués et diversifiés.
- Des programmes de dépistage systématique des enfants et adolescents vivant ou pouvant vivre un problème de santé mentale ou dont la santé mentale est menacée.
- Des services de prévention du suicide.

Le Plan régional d'organisation des services en santé mentale a été approuvé par le Ministre en 1992. Ce plan est présentement en phase de déploiement et d'actualisation. À cet effet, les mécanismes de coordination sont déjà en place : le comité régional aviseur et six comités d'actualisation par zone de coordination.

La clientèle et ses caractéristiques

Les services de santé mentale s'adressent aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants et associés à de la détresse psychologique, aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires dont l'intensité est variable et aux personnes dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire susceptibles de développer des problèmes de santé mentale.

Les enquêtes Santé Québec 1987 et 1992-1993 apportent quelques données sur l'état de santé mentale de la population. Voici quelques faits saillants :

La détresse psychologique

« La détresse psychologique est une des facettes de la santé mentale qui témoigne de la présence de symptômes indirectement reliés à des désordres psychiatriques. Elle permet de repérer les populations à risque susceptibles de bénéficier d'une intervention curative ou préventive, et constitue à cet égard un bon prédicateur de la demande de services de santé mentale ».

En Mauricie-Bois-Francs, les jeunes adultes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à avoir un niveau élevé de détresse psychologique.

De 1987 à 1992-1993, la proportion de la population présentant un niveau élevé de détresse psychologique est passée de 19 % à 27 %. Ce phénomène touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans (de 22 % à 44 %) ainsi

que, dans une moindre mesure, les adultes de 25 à 44 ans (de 18□% à 28□%).

Idées et tentatives de suicide

Dans la région, 4□% des personnes rapportent avoir sérieusement pensé à se suicider au cours des douze mois précédant l'enquête. Un peu plus de la moitié d'entre elles (55□%) avaient prévu un moyen de le faire. De 1987 à 1992-1993, la prévalence des idées suicidaires a augmenté de façon significative. On estime que le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête se situerait aux environs de 2 400 pour la région Mauricie-Bois-Francs, soit une proportion de 7 sur 1 000.

Le plan de transformation

Les mesures retenues sont celles prévues dans le plan de déploiement du PROS en santé mentale. Le projet de transformation prévoit□:

L'amélioration de la performance

- En diminuant la durée moyenne de séjour en fonction des standards provinciaux et nationaux. La durée moyenne de séjour devra se situer autour de 20 jours.
- En diminuant le nombre de lits par 1 000 habitants□:□la norme retenue est de□0,3□lit par 1 000 habitants. La répartition des lits entre les sous-régions est présentée au tableau situé à la fin de la présente section sur la santé mentale.

Le groupe d'experts nommés par le Ministre pour étudier les services de longue durée a maintenant remis son rapport de visites. Il recommande que le nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Sainte-Thérèse et du Centre hospitalier régional de la Mauricie se voie confirmer un rôle régional en longue durée psychiatrique mais qu'il y ait une diminution importante du nombre de lits. Ce centre se voit également confirmer son rôle régional en psychiatrie légale.

Au sujet du Centre hospitalier Saint-Julien, le groupe d'experts recommande de mettre en place le plus rapidement possible des programmes de réinsertion sociale pour la clientèle de santé mentale et que ce centre n'ait pas de vocation en longue durée psychiatrique. Quant aux cent personnes âgées actuellement hébergées en psychogériatrie, selon le terme utilisé par l'établissement, le groupe d'experts considère qu'il s'agit en réalité de patients de longue durée et non de malades psychiatriques et que les cent lits ne doivent pas être comptabilisés en santé mentale.

L'amélioration de l'accès aux services, plus particulièrement pour les enfants et les adolescents (pédopsychiatrie)

- En implantant, pour 1997, les services d'évaluation et de traitements spécialisés pour la clientèle 0-18 dans les territoires Bois-Francs et Drummond et en consolidant le budget.
- En mettant en place dans le territoire du Haut Saint-Maurice une équipe conjointe impliquant le nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Sainte-Thérèse et du Centre hospitalier Régional de la Mauricie , le Centre de services en déficience intellectuelle et le Centre InterVal, afin de rendre disponibles sur place des services spécialisés pour les 0-18 ans, tels□: orthophonie, ergothérapie, pédopsychiatrie, physiothérapie, etc., provenant des programmes clientèles□: santé mentale, réadaptation physique et déficience intellectuelle.

Le virage vers des ressources plus légères et le renforcement de la communauté

- En implantant les équipes de base en santé mentale pour 1998 dans l'ensemble de la région.

Sont prévues 11 équipes de base couvrant l'ensemble de la région, selon deux balises financières différentes pour les territoires de 50 000 habitants et moins et 50 000 habitants et plus, en 2001.

Les services de base en santé mentale comprennent plusieurs volets□: l'accueil, l'évaluation, l'écoute et l'intervention assurées au niveau du réseau public par l'équipe de base en CLSC, les groupes d'entraide pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, les services de psychothérapie pour des personnes économiquement démunies, une réponse 24 h/7 jours par semaine aux situations de crise et du support et de la formation aux intervenants.

Ces services doivent être accessibles dans chaque territoire de CLSC et s'inscrivent dans la gamme des services offerts dans la communauté visant à répondre localement à la très grande majorité des problèmes de santé et psychosociaux.

En ce qui concerne la mise en place des équipes de base en CLSC, le PROS prévoit que les principaux partenaires

impliqués sont les CLSC et les organismes communautaires oeuvrant en santé mentale. Le CLSC anime la concertation des partenaires pour qu'ils formulent ensemble une proposition d'actualisation. Ce noyau d'intervenants devra obligatoirement inclure un médecin et des expertises variées telles : psychologue, infirmière avec expertise en psychiatrie et intervenant social. On comprend cependant que selon les ressources humaines à redéployer à l'exception du médecin et d'une professionnelle avec expertise en psychiatrie, la composition de l'équipe peut être légèrement différente.

Autres mesures du plan de transformation

- Consolider le financement de certains organismes communautaires d'entraide-usagers en fonction des balises du PROS.
- Consolider le financement de la mesure répit aux familles.
- Consolider le financement de certains organismes communautaires d'entraide-parents récemment mis sur pied.
- Consolider le financement des organismes communautaires en prévention suicide identifiés au PROS.
- Revoir avec les organismes communautaires concernés l'organisation de la réponse suicide, dans une perspective d'efficacité et d'efficience.
- Mettre en place un groupe de travail composé de psychiatres et d'administrateurs piloté par le nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Sainte-Thérèse et du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés pour déterminer les orientations qui garantiront le déploiement et le maintien d'une expertise régionale en réadaptation spécialisée psychiatrique ainsi que l'approche devant être préconisée dans l'organisation de ces services. Le rapport de ce groupe de travail devra être déposé à la Régie pour l'approbation des orientations.
- Implanter des services externes de réadaptation spécialisés de 2e ligne dans les zones de coordination. Ces services relèveront des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, du Regroupement des établissements du Haut Saint-Maurice et, de façon transitoire, du Regroupement des établissements de Nicolet. Ces services seront offerts dans la communauté.
- Conduire des travaux devant mener à clarifier les rôles et la contribution spécifique des partenaires à

Tableau 6
Programme de santé mentale, bilan lits
Calcul du nombre de lits requis

Territoires	Population en 2001	Lits selon le ratio (A)	Psychiatrie légale (B)	Réadaptation (C)	Lits requis (D)=(A)-(B)-(C)
Trois-Rivières Métro	219 868	66	(7)	(7)	52
Centre-Mauricie	82 323	25	(2)	(2)	21
Drummond	87 907	26	(3)	(3)	20
Bois-Francs	88 869	27	(3)	(3)	21
Haut St-Maurice	16 373	5	0	0	5
Total	**495 340**	**149**	**(15)**	**(15)**	**119**

- Ce tableau complète la page finale de la proposition 1996, du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux 04. Il sera revu après le rapport final du groupe de travail sur les indicateurs de besoins en santé physique et santé mentale puis celui du groupe tactique d'intervention en santé mentale (GTI).

A) Le ratio de 0,3 lits par 1 000 habitants est proposé par l'Organisation mondiale de la santé.
B) Une ponction de 10 % des lits est prévue respectivement pour la réadaption et la psychiatrie légale.
C) Représente une partie du financement accordé aux services de réadaption spécialisés, de 2e et 3e ligne, dispensés dans la communauté.
D) Excluant la psychiatrie légale et la réadaption.

Source : prévisions finales de population du BSQ, 1991 à 2016, situation en santé mentale, MSSS, DGPE, 1995.

l'égard des mesures visant les services de base et la réadaptation.

- Consolider la mesure en réadaptation au travail.
- Prévoir un budget pour le développement d'alternatives à l'hospitalisation en terme d'hébergement, plus particulièrement pour certains territoires. Réévaluer la contribution spécifique de la Maison Charles-N.-DeBlois et réviser le statut de la Maison de la Batiscan.

Le bilan lits en santé mentale

On trouvera, au tableau 6, le bilan lits en santé mentale, par territoire. Les paramètres retenus sont les suivants :

- la population en l'an 2001;
- le ratio de 0,3 par 1 000 habitants;
- les lits de psychiatrie légale (qui sont inclus dans le total de lits de la région et donc soustraits des lits de chacune des sous-régions).
- la réadaptation spécialisée : 15 lits ont été tranchés pour permettre le financement des services de réadaptation spécialisés qui seront dispensés dans la communauté. Le nombre total de lits en courte durée en l'an 2001 sera donc de 134, incluant les lits de psychiatrie légale.

Le tableau indique le nombre de lits par sous-régions. Un indicateur de besoins par sous-régions n'a pas été utilisé ici, les travaux à ce sujet n'étant pas terminés.

Section 2.9
Programme clientèle Personne âgées en perte d'autonomie

Le contexte

Le vieillissement démographique est un phénomène qui touche l'ensemble de la population du Québec. Selon les prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Québec connaîtra, au cours des prochaines années, un vieillissement accéléré et continu de sa population qui atteindra un sommet en 2031.

La région Mauricie-Bois-Francs ne fait pas exception à la règle et sa proportion de personnes, âgées de plus de 65 ans, passera de 14 % en 1996 à 18 % en 2011. Durant la même période cette proportion, au Québec, passera de 12,1 % à 15,5 %. Ainsi, la population vieillira légèrement plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec.

Il ne faut toutefois pas voir le phénomène du vieillissement comme un problème, ni faire une adéquation entre vieillissement et maladie. En fait, la grande majorité des âgés est en bonne santé et s'estime plutôt heureuse. En dépit de problèmes temporaires ou parfois permanents, 70 % à 80 % demeurent autonomes et ne requièrent aucun service particulier jusqu'à l'âge de 75 ans. Pour les 20 % à 30 % qui développent une perte d'autonomie, près de 85 % des soins requis sont de nature non professionnelle, tels que les bains, l'habillage, les déplacements, la sécurité.

Pourtant plus de 80 % des ressources affectées aux personnes âgées sont consacrées à l'hébergement et aux soins institutionnels de longue durée. Bien que les personnes en grande perte d'autonomie devront encore requérir des soins offerts par les milieux institutionnels, il faut dès maintenant investir davantage dans des services qui favorisent le maintien dans le milieu naturel pour les aînés qui le désirent et qui le peuvent. Il faut également rendre plus disponibles les services de réadaptation qui permettent de retrouver le maximum d'autonomie après un épisode marqué par des problème de santé.

La clientèle et ses caractéristiques

De façon générale, la plupart des gens sentent leurs forces décliner progressivement entre 40-45 ans, mais changent peu sur le plan psychologique. Souvent, le vieillisse-

ment n'est même pas perçu par la personne vieillissante tant que les autres ne commencent pas à la traiter différemment. La catégorie des plus de 75 ans se particularise par une augmentation significative d'épisodes de mauvaise santé, de maladies chroniques, d'incapacités et de limitations fonctionnelles de plus en plus importantes.

Globalement, les incapacités les plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées concernent la mobilité, l'agilité, l'audition, la vue et la parole. Elles apparaissent comme principales limites dans la réalisation d'activités quotidiennes et dans les situations sociales. Elles augmentent avec l'âge, tant en nombre qu'en intensité. Les problèmes cognitifs, telle la maladie d'Alzheimer, constituent un phénomène en croissance pour lequel il importe de trouver des réponses adaptées et novatrices. Il ne faut pas non plus négliger les situations de pauvreté qui constituent une source importante de dégradation de l'autonomie et de la santé, sans compter la faible qualité de vie et la privation de bien-être qui y sont associées, et ce, principalement chez les femmes âgées qui vivent seules.

Le plan de transformation

Les objectifs visés par le projet de transformation sont les suivants :

- Répondre aux besoins multiples et variés des personnes âgées.
- Relever le défi posé par l'augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans.
- Faire face à la réduction importante des ressources financières.
- Adapter plus efficacement la gamme de services requis pour répondre à l'ensemble des besoins des aînés.

Ces objectifs commandent plusieurs orientations de transformation de l'offre de services.

Service à domicile

L'insuffisance des services de maintien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est reconnue. Les services sont d'intensité insuffisante et de trop courte durée. Ceci constitue un désincitatif à l'aide des proches, qui s'épuisent plus rapidement et ne voient de solution que dans le placement. De fait, un plus grand nombre de personnes aînées en grande perte d'autonomie pourraient être soutenues à domicile grâce à des services appropriés pour elles-mêmes et leurs proches, de là l'importance de mieux soutenir les familles.

Les budgets pour les soins, l'aide et la réadaptation à domicile seront majorés d'ici trois ans afin de répondre aux exigences de la transformation. Les ressources des CLSC et des organismes communautaires sont concernés par cette augmentation budgétaire.

De façon à répondre aux besoins des personnes âgées qui présentent des pertes d'autonomie moyennes à sévères et qui désirent demeurer dans leur milieu de vie, un minimum de 20 % de l'enveloppe de maintien à domicile des CLSC devra être consacré à des services intensifs de maintien à domicile (SIMAD).

Réadaptation

Les services de réadaptation constituent une clé au succès des objectifs qui sont fixés pour les personnes âgées. Par leur action, ils contribuent à redonner le maximum d'autonomie aux personnes qui vivent des épisodes de problèmes de santé ou de problèmes sociaux. Les gains d'autonomie sont non seulement valables pour la personne elle-même qui regagne de la confiance en elle et de l'estime personnelle, mais également pour l'entourage immédiat et pour l'ensemble de la société.

Cette logique commande à investir des budgets supplémentaires pour développer ou consolider trois secteurs de services, soit :

- Les centres de jour qui constituent un service de maintien à domicile où est offert un premier niveau de réadaptation autant physique que sociale.
- Les services ambulatoires de gériatrie appelés aussi, dans certains cas, «hôpitaux de jour», qui offrent des services de réadaptation en externe dispensés par une équipe multidisciplinaire complète qui couvre le volet médical ainsi que la réadaptation physique et psychosociale.
- Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive, qui s'adressent aux personnes adultes et âgées nécessitant une investigation plus poussée, des soins et de la réadaptation pour un problème de déficience motrice.

Hébergement

L'hébergement est un recours utilisé soit par choix personnel, dans les cas des ressources privées, ou encore lorsque les services offerts dans le milieu de vie ne suffisent plus à répondre aux besoins de la personne âgée. Il existe trois types de ressources d'hébergement .

Le premier type, le plus utilisé, est l'hébergement en ressources privées. Ce secteur s'est beaucoup développé dans la région, à tel point qu'actuellement près de 4□000 per sonnes âgées résident dans ce type de ressources. La croissance prévisible de ce phénomène exige de préciser les modalités d'admissibilité de cette clientèle aux services de maintien à domicile.

Le second type est l'hébergement en résidence d'accueil, en ressource intermédiaire ou en pavillon. Le nombre de personnes âgées de la région qui utilise ces ressources oscille autour de 750, ce qui représente environ 1,09□% de la population âgée.

Ces ressources qui accueillent le plus souvent des personnes présentant une perte d'autonomie moyenne offrent plusieurs avantages. Le nombre restreint de personnes qu'elles reçoivent leur permet d'offrir un environnement et des services personnalisés. Plusieurs de ces ressources présentent des concepts de soins originaux et bien adaptés à des problèmes particuliers (exemple□:□problèmes cognitifs). De plus, les coûts sont de beaucoup inférieurs à ce que l'on retrouve en hébergement institutionnel. Pour ces raisons, lorsque les besoins le permettent, le recours à ces ressources est à privilégier avant toute forme d'hébergement plus lourd.

Le troisième type est l'hébergement institutionnel. Tel que démontré précédemment, ce dernier secteur utilise traditionnellement la grande majorité de l'enveloppe budgétaire et continuera de l'utiliser dans l'avenir. Les besoins des personnes en grande perte d'autonomie commande la poursuite de ce choix. Cependant, il faut rééquilibrer les budgets pour offrir davantage de services en amont (maintien à domicile, réadaptation) et avoir recours à l'hébergement institutionnel seulement lorsque les autres formes d'aide ou d'hébergement communautaires auront été utilisées.

Cette orientation respecte d'ailleurs ce que la majorité des personnes âgées désirent, c'est-à-dire□:

- Demeurer à domicile le plus longtemps possible.
- Préserver leur autonomie fonctionnelle.
- Que l'ensemble de leurs besoins soient pris en considération lors des épisodes de soins.
- Que les soins et l'aide à domicile soit plus faciles à obtenir.

Coordination

La simple réallocation des ressources financières ne peut suffire, à elle seule, à la mise en place d'une gamme complète et intégrée de services aux âgés sur chacun des territoires. Ainsi, une démarche décentralisée de transformation de l'offre de services est proposée. Elle associe minimalement les établissements et les organismes bénévoles dans un bilan des forces et limites de services de leur territoire. Les acteurs dégageront ainsi les priorités d'organisation de la gamme de services requis, tout en assurant une prise en charge intégrée et sans bris de continuité des aînés en perte d'autonomie par un mécanisme de «Guichet unique» incluant l'accès à l'hébergement.

On trouvera au tableau 7 qui suit la gamme de services offerts aux personnes âgées.

Les mesures mises de l'avant

Pour actualiser ces orientations de transformation de l'offre de services, plusieurs mesures sont mises de l'avant□:

- Augmentation du budget affecté aux services de maintien dans le milieu naturel, de façon à assurer une plus grande accessibilité à ces services.

Ce volet comprend□: le répit et le dépannage, les services à domicile des CLSC, l'hébergement temporaire, les centres de jour et les services gériatriques ambulatoires (hôpital de jour).

- Les CLSC devront utiliser leurs budgets de maintien à domicile de façon à en assurer 20□% en services intensifs de maintien à domicile et de façon à augmenter significativement l'aide et la réadaptation.
- Consolidation du nombre de lits d'hébergement temporaire, de convalescence et de transition selon un ratio de 1/1□500 personnes âgées de plus de 65 ans pour les territoires Haut Saint-Maurice, Normandie, Des Chenaux, Valentine-Lupien, Nicolet-Yamaska, Les Blés d'Or et de l'Érable. Les autres territoires se voient reconnaître des lits selon une balise de 1/1□200 (voir le tableau 8 pour la répartition des lits par territoire).

Les territoires pourront par consensus accroître ce nombre par voie de réallocation. Dans l'attente du «□Guichet unique□» les CLSC seront responsables de l'admission et de la sortie en ce qui concerne les lits d'hébergement temporaire. Les personnes atteintes de déficit cognitif ont évidemment accès aux lits d'hébergement temporaire.

Tableau 7
Ensemble des services aux personnes âgées

Supports communautaires	Soutien dans le milieu	Santé de base	Hospitalisation	Hébergement institutionnel
Promotion	Info-références	Accueil, évaluation, orientation	Soins de courte durée gériatrique	Assistance personnelle
Prévention	Aide et accompagnement	Dépistage	Réadaptation fonctionnelle intensive	Activités socio-communautaires
Protection sanitaire	Assistance personnelle	Supports psychosociaux courants		Activités de loisirs
Transports adaptés	Aide domestique	Soins infirmiers courants externes		Aides techniques
Sécurité physique	Soutien civique	Soins infirmiers à domicile		Soins infirmiers
Sécurité psychologique	Soutien aux proches	Réadaptation et adaptation fonctionnelle		Soins médicaux
Logements adaptés	Adaptation sécuritaire du domicile	L'intégration sociale		Soins psycho-gériatriques
Organisation communautaire	Hébergement temporaire	Services ambulatoires de gériatrie		Soins d'adaptations et de réadaptation
Hébergement en ressources privées	Résidences d'accueil			

- Mise en place, par voie de réallocation, de services ambulatoires de gériatrie (hôpital de jour) et consolidation des services actuels de Trois-Rivières.

Chacun des territoires de CLSC se voit accorder un nombre de places dites « hôpital de jour » selon une balise de 1,5/1 000 personnes âgées de plus de 65 ans pour fins de consolidation des services ambulatoires de gériatrie.

Les services financés par cette mesure devront être consolidés selon 8 territoires de regroupement soit ceux du Haut Saint-Maurice, Normandie/Centre-de-la-Mauricie, Valentine-Lupien, Les Forges, Du Rivage/Des Chenaux, Nicolet-Yamaska/Les Blés d'Or, Drummond, Suzor-Côté/De l'Érable.

Le Centre hospitalier Sainte-Marie, qui dispose de l'unique médecin psychogériatre de la région, exprime sa disponibilité pour conclure des ententes de corridors de services en psychogériatrie avec les partenaires de la région.

- Développement de services de réadaptation fonctionnelle intensive. Cette mesure sera explicitée à la section « déficience physique ».
- Le nombre de lits d'hébergement institutionnel sera ajusté selon la balise maximale de 4 % du nombre pondéré de personnes âgées en 2001. Le budget prévoit un taux de satisfaction de 75 %. Le rehaussement du financement correspondant sera attribué progressivement en fonction de l'alourdissement de la clientèle.

Les territoires qui se situent en bas de la balise de 4 % se verront attribuer un budget correspondant à une fraction du coût des lits d'hébergement. Ils devront soumettre à la Régie une proposition concertée sur l'utilisation de ce budget.

Le territoire de l'Érable fait l'objet d'une situation particulière : il est à noter que les 100 lits auxquels l'établissement a donné une vocation de «psychogériatrie» ne sont pas comptabilisés dans le bilan lits actuel ni en 2001. Le

Tableau 8
Lits ou places requis en 2001, par territoire

Territoires	Lits d'hébergement selon les décisions de la configuration structurelle	Lits d'hébergement temporaire (1 par 4□000)	Places requises en ressources intermédiaires (balise de 1□%)
Haut Saint-Maurice	80	1	22
Centre-de-la-Mauricie	474	3	119
Normandie	103	1	26
Des Chenaux	86	1	21
Valentine-Lupien	167	1	42
Les Forges	478	3	129
Du Rivage	176	2	68
Nicolet-Yamaska	205	1	51
Les Blés d'Or	115	1	29
Drummond	457	3	114
Suzor-Côté	324	2	89
De l'Érable*	158	1	40
Région	**2□838**	**20**	**750**

* Le territoire De l'Érable fait l'objet d'une situation particulière au niveau de son nombre de lits d'hébergement institutionnel à cause de 100 lits au centre hospitalier St-Julien auxquels l'établissement a donné une vocation «□psychogériatrie□». Il est à noter que ces lits ne sont pas comptabilisés dans le bilan lit actuel ni en 2001. Un groupe d'experts ministériel, mandaté pour revoir la mission du centre hospitalier Saint-Julien, devra faire des recommandations concernant ces 100 lits. Les demandes d'admission dans ces lits seront analysées avec parcimonie.

groupe d'experts ministériel qui a récemment remis son rapport de visite de cet établissement conclut que les personnes qui occupent ces lits sont plutôt des patients de longue durée physique que des malades psychiatriques. Il faudra attendre le rapport final du groupe d'experts pour pouvoir statuer sur la vocation de ce centre et sur le nombre de lits.

- L'ensemble de l'hébergement intermédiaire se verra attribuer un minimum de 750 places aux âgés selon une balise minimale de 1,0□% du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans en 2001. Les acteurs locaux pourront accroître ce nombre par voie de réallocation en provenance de l'hébergement institutionnel s'ils le jugent approprié. Les territoires devront explorer des formules novatrices d'hébergement intermédiaire, particulièrement pour la clientèle en déficit cognitif pour qui un milieu non-institutionnel mais sécuritaire est souvent réclamé.

Une démarche de rééquilibrage des budgets de ressources RTF entre les territoires sera menée de façon à s'assurer de l'équité en regard de la population à desservir, ainsi que la révision du nombre d'établissements gestionnaires.

La Régie assumera son leadership en mettant en place un forum régional d'échanges et de discussions sur les ressources d'hébergement non institutionnelles.

La répartition du nombre de places requises en ressources intermédiaires est présentée au tableau 8.

- Les deux pavillons en déficience intellectuelle gérés par le CHSLD Fortierville seront transférés au Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI.) dès 1996.
- Le Centre de jour Drummond, sous la gestion du CHSLD Frédéric-Georges-Heriot, verra son budget rehaussé par réallocation interne dès 1996.

Section 2.10
Programme clientèle Déficience physique

Le contexte

Chaque année, des centaines de personnes doivent, en raison de maladies, de traumatismes ou autres, apprendre ou réapprendre à marcher, à parler, à s'alimenter, à se vêtir, etc. D'autres devront apprendre à se déplacer avec un fauteuil roulant ou encore à écouter et à voir à l'aide d'une prothèse ou d'une aide technique.

De telles situations de handicap surviennent et l'on comprend sans peine le bouleversement que vit la personne qui reçoit le diagnostic ainsi que le désarroi de la famille et des proches. Aussi est-il important que, dès l'annonce d'une déficience physique, la personne handicapée et ses proches soient soutenus par des gens capables de leur expliquer clairement ce qui se passe et les répercussions prévisibles, de les informer des moyens mis à leur disposition pour atténuer les effets de cette déficience et de les orienter rapidement vers les services et établissements appropriés.

Les hôpitaux, les CLSC, le centre régional de réadaptation en déficience physique InterVal et les centres d'hébergement peuvent être, selon le cas ou l'évolution, appelés à desservir la personne handicapée. Le but ultime de toutes leurs interventions est de développer, récupérer ou préserver au maximum le potentiel d'autonomie de la personne ayant une incapacité, quel que soit son âge. Ainsi, la personne handicapée peut continuer de vivre parmi les siens et participer à la vie de la communauté le plus longtemps possible. Les organismes communautaires et les groupes d'entraide peuvent également contribuer à l'atteinte de ce but. Lorsque ce n'est plus possible de vivre à domicile en raison de l'exigence des soins à apporter, diverses alternatives d'hébergement peuvent être considérées.

Mais il n'y a pas que la personne handicapée elle-même qui doit faire l'objet d'une attention soutenue. Encourager, supporter, stimuler et aider sont des actions quotidiennes réalisées par les proches de la personne handicapée. Ces actions sont essentielles à l'amélioration de la condition physique et mentale de la personne handicapée mais il arrive parfois que la force qui soutient cette implication s'émousse devant l'ampleur quotidienne de la tâche à accomplir. À ce moment, les aidants laissent entrevoir leur fatigue, leur solitude et leur essoufflement. Les proches ont donc aussi besoin d'un soutien bien concret. Des services de soutien doivent être disponibles pour alléger la tâche des aidants, faciliter l'implication de la famille et des proches et maintenir la personne dans son milieu de vie naturel.

Le chemin à suivre sera donc plus ou moins long et difficile selon que la personne handicapée et ses proches auront reçu l'aide et les interventions appropriées en temps et en quantité voulus. À cet égard, les services doivent être accessibles dès que la déficience est identifiée afin d'éviter que la situation ne s'aggrave. Ces services doivent être disponibles, sans discontinuité, le plus près possible du milieu de vie de la personne qui les requiert.

La clientèle et ses caractéristiques

Des études ont été faites par le ministère de la Santé et des Services sociaux de même que par l'Office des personnes handicapées du Québec pour mesurer l'ampleur de la situation dans les différentes régions du Québec en ce qui concerne les incapacités affectant, entre autres, la mobilité, la vision, l'audition, la parole, peu importe la déficience qui en est la cause. Les résultats démontrent que la région Mauricie-Bois-Francs possède un fort taux d'incapacité et se situe au second rang pour l'importance du taux d'incapacité au Québec.

Les incapacités physiques les plus fréquentes sont celles qui affectent la mobilité; viennent ensuite celles de l'audition, de la vision puis de la parole et du langage. En Mauricie-Bois-Francs, le nombre de personnes présentant l'une ou l'autre de ces incapacités et dont le degré est qualifié de « modéré à sévère » est estimé à 21 000. Ces personnes constituent les clients réguliers des services aux personnes handicapées. Par ailleurs, le taux d'incapacité de même que la sévérité augmentent avec l'âge. De plus, les situations de handicap sont souvent associées à une faible scolarisation et au chômage; rien pour faciliter l'autonomie et l'intégration sociale des personnes handicapées.

Que réserve l'avenir ?

La Mauricie-Bois-Francs peut-elle voir une diminution du nombre de personnes ayant des incapacités dans un avenir rapproché ? Il semble que non. Une étude de l'OPHQ de 1994 prévoit que le taux et le nombre de personnes handicapées va s'accroître sensiblement au cours des dix prochaines années. Cette orientation du taux d'incapacité s'explique par le vieillissement de la population. Il y

aura donc plus de personnes qui réclameront des services en raison d'une paralysie, d'une surdité, d'un trouble de la vision, de la parole ou du langage.

La contribution attendue de la région en matière de services de réadaptation et de maintien à domicile, pour ne parler que de ceux-là, augmentera ainsi au cours des prochaines années. En plus de s'accroître, elle devra aussi s'adapter aux besoins d'une clientèle de plus en plus âgée.

Le plan de transformation

Une démarche visant à rendre les régions autonomes en matière de prestation de services a été initiée. La gamme de services doit être complétée et les services aux personnes handicapées doivent être répartis équitablement dans les différents secteurs de la région et mis à la disposition des personnes qui en ont besoin et ce, le plus près possible de leur milieu de vie.

Les progrès technologiques dans le domaine de la santé font que plus de gens recevront des traitements médicaux sans qu'il soit nécessaire de les hospitaliser. Les services de réadaptation et de soutien dans le milieu devront s'adapter à cette nouvelle réalité. Ces services sont appelés à être mis rapidement à contribution et à être offerts parfois au domicile du client.

La démarche actuelle de transformation du réseau aura des répercussions certaines sur l'offre et la demande des services de réadaptation et de maintien dans le milieu. La diminution du nombre de lits dans les hôpitaux et en hébergement augmentera la pression sur les services d'adaptation et de réadaptation en externe ou à domicile pour que soit évité l'hospitalisation ou l'hébergement.

Il ne faut pas non plus oublier que même les meilleurs services médicaux et de réadaptation ne permettent pas toujours à la personne handicapée de recouvrer ou de développer des habilités normales. Il faut prévoir des services qui leur permettent d'être autonomes le plus possible et de continuer à jouer leur rôle social. En résumé, ils doivent pouvoir s'intégrer dans la société. D'ailleurs, suite aux consultations régionales, une des stratégies d'action prioritaires adoptées par le conseil d'administration de la Régie régionale vise à consolider le soutien aux familles et aux ressources de la communauté auprès des personnes handicapées et l'intégration des personnes handicapées au milieu du travail.

Une gamme de services pour répondre aux besoins

Le ministère de la Santé et des Services sociaux vient de faire connaître ses orientations sur la gamme de services requis par les personnes ayant une incapacité physique. Cette gamme est constituée des volets suivants : la prévention et la promotion, les services de santé, l'adaptation-réadaptation, le soutien à l'intégration et les milieux de vie substituts. Compte tenu des ressources actuelles, voici les cibles de transformation des services retenues par la Régie régionale :

Promotion et prévention

- Accentuer les activités de promotion et de prévention visant à contrer l'apparition des déficiences physiques. Il faut identifier les actions prioritaires à entreprendre en déficience physique dans le volet «prévention-promotion». Le budget SOC consenti aux organismes communautaires oeuvrant en déficience physique devra être consolidé.

Services de santé

Les établissements hospitaliers devront :

- Poursuivre l'adaptation des services de santé aux besoins particuliers des personnes ayant des incapacités.
- Orienter rapidement la personne handicapée vers les ressources de réadaptation appropriées.
- De plus, l'information sur la disponibilité dans toute la région des services en interprétariat pour les personnes ayant une déficience auditive et d'accompagnement pour les personnes ayant une surdi-cécité devrait faire l'objet d'une plus large diffusion.

Adaptation-réadaptation

- Accroître l'accessibilité aux services de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les adultes et âgés dans les secteurs des Bois-Francs et de Drummond, et ajuster le nombre de lits dans la région selon une balise de 0,23 lits pour 1 000 personnes de 18 ans et plus (voir le tableau 9).

  Une norme du MSSS prévoit 0,3 lits pour 1 000 personnes de 18 ans et plus. Une balise inférieure est privilégiée, en considérant la mise en place de services spécialisés de réadaptation externe disponibles dans toute la région.

Tableau 9
Lits requis en URFI pour la population de 18 ans et plus de la région Mauricie-Bois-Francs, pour 2001

Secteurs	Lits URFI mission sous-régionale	Lits URFI mission régionale
Haut-Saint-Maurice Centre-de-la-Mauricie Normandie	15	—
Valentine-Lupien Les Forges Des Chenaux Nicolet-Yamaska Les Blés d'Or Du Rivage	32	20
Drummond Suzor-Côté De l'Érable	24	—

- Balise de 0,23 lits/1□000 adultes, basée sur la population des 18 ans et plus en 2001.

Une partie du volume total de lits de réadaptation fonctionnelle intensive est concentrée au sein de l'établissement régional en déficience physique (InterVal). Ce choix s'explique par la mission spécialisée de cet établissement, ce qui l'amène à recevoir des clientèles plus complexes nécessitant une approche plus spécialisée (ex.□: lésions médullaires) ou faisant l'objet d'une entente avec un organisme payeur comme la SAAQ (ex.□: traumatisés crâniens).

- Améliorer l'accès aux services spécialisés de réadaptation physique au Centre-Mauricie par l'ouverture d'un point de services du Centre InterVal et en procédant par réallocation des ressources de cet établissement.

  En Haute-Mauricie, une solution, tenant compte des multiples problématiques et des besoins particuliers de ce secteur (réf.□: santé mentale, déficience intellectuelle, jeunesse), sera envisagée avec les différents partenaires. Cette solution doit viser l'autonomie de ce territoire en matière de services de réadaptation.

- Développer les services spécialisés de réadaptation physique à l'externe sous la gestion du Centre InterVal pour les rendre disponibles dans toute la région et consolider le financement correspondant.

  Les services courants externes de réadaptation physique pour une clientèle ambulatoire sont prévus dans le cadre du programme en santé physique.

- Mettre sur pied un service régional d'aides techniques incluant l'urgence-dépannage de fauteuils roulants (autofinancement par revenus de la RAMQ). Déposer au MSSS le projet soumis par le Centre InterVal après qu'il ait fait l'objet d'une analyse et d'une adoption par la Régie.

  De plus, la Régie poursuivra le rehaussement du parc d'aides techniques destiné au prêt en CLSC.

- Faciliter l'accès aux services pour les personnes multihandicapées par une meilleure concertation des établissements concernés. La Régie devra proposer un mécanisme de coordination de l'accès aux services pour les personnes multihandicapées d'ici avril 1997.

  Les services aux personnes autistiques feront l'objet d'une attention particulière à la lumière du cadre de référence du MSSS en consultation. Les secteurs de la déficience intellectuelle, de la déficience physique, de la santé mentale et du secteur jeunesse seront impliqués dans l'organisation des services à cette clientèle.

- Compléter les services d'adaptation et de réadaptation en déficience auditive pour adultes, gérés par le Centre InterVal et allouer un budget de développement.

  Il faudra s'assurer que les personnes ayant une surdicécité soient informées de la disponibilité d'un service d'accompagnement offert par l'Institut des sourds de Charlesbourg.

- Consolider les services en orthophonie pour les jeunes de 0 -5 ans offerts par les CLSC. La mesure sera réalisée à l'intérieur du volet promotion-prévention.

  Les services en déficience du langage destinés aux personnes du territoire Centre-Mauricie/Normandie seront consolidés par l'ajout d'un effectif que devront se partager le Centre hospitalier régional de la Mauricie et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive du nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Laflèche et du CHSLD du Centre-de-la-Mauricie.

Tableau 10
Services qui seront accessibles selon le lieu géographique

Les services offerts dans le milieu de vie ou sur le territoire de CLSC	Les services offerts par regroupements naturels de territoires de CLSC	Les services offerts sur une base régionale	Les services offerts hors de la région
Les programme de soutien à l'intégration sociale maintien à domicile répit/dépannage transport/hébergement interprétariat	La réadaptation précoce en déficience motrice	Les activités plus spécialisés de réadaptation offerts à des clientèles particulières	Les services offerts exclusivement par un seul établissement
Les activités de promotion et de prévention incluant l'information et le dépistage, en CLSC et par les groupes communautaires	Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive	Certaines activités d'évaluation et de réadaptation nécessitant des équipements techniques complexes ou peu mobiles	Les aides techniques complexes
La réadaptation de maintien des acquis, en CLSC	Les autres services courants de réadaptation externe en déficience motrice	La réadaptation précoce et intensive pour les traumatisés crâniens	Des services aux personnes ayant une déficience peu fréquente
L'orthophonie pour les 0-5 ans	La réadaptation en déficience du langage	L'attribution des aides techniques en déficience visuelle ou auditive	
La plupart des services de mobilité-réadaptation en déficience visuelle	La plupart des activités de réadaptation en déficience auditive		
Certains services spécialisés d'adaptation et de réadaptation comme l'adaptation du domicile	Les aides techniques		
	Des milieux de vie substituts pour les personnes ayant une déficience motrice		
	Des groupes d'entraide et de support		

Soutien à l'intégration

- Consolider les programmes et services de soutien à l'intégration sociale via le programme de maintien à domicile pour personnes lourdement handicapées.
- Développer, en partenariat, des services d'intégration au travail.

Les milieux résidentiels substituts

- Développer des milieux résidentiels substituts, tels les ressources résidentielles collectives, comme solution alternative à l'hébergement institutionnel.
- Prévoir la disponibilité d'un appartement à des fins de répit/dépannage et de réinsertion sociale.
- La Régie effectuera un bilan des ressources de type familial accessibles aux personnes handicapées et s'assurer d'une réponse adéquate aux besoins.

Les services selon le lieu

Voir au tableau 10 les services qui seront accessibles selon le lieu géographique.

Section 2.11
Programme clientèle Déficience intellectuelle

Le contexte

Le mouvement d'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle s'est amorcé au milieu des années 1970 et s'est poursuivi au rythme des initiatives de certains précurseurs qui ont eu foi au potentiel des personnes et en leurs capacités de retour en société. Sur ce plan, la région Mauricie-Bois-Francs fait figure de proue et a été une des premières régions du Québec à initier le mouvement.

En 1988, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie ses orientations en matière d'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle. Une impulsion nouvelle est donnée au processus de changement déjà amorcé.

Malgré l'importance qu'a pris le mouvement d'intégration sociale, le nombre de personnes vivant en institution demeure important. De plus, les personnes physiquement intégrées dans la communauté ont peu accès aux équipements collectifs, à des services d'aide, d'adaptation et de réadaptation. Leur véritable intégration aux communautés demeure à consolider.

La clientèle et ses caractéristiques

La déficience intellectuelle se définit comme : « une lenteur d'apprentissage entraînant des limitations substantielles dans le fonctionnement d'un individu. Il ne s'agit pas d'une maladie mais plutôt d'un état qui affecte le niveau des capacités intellectuelles ».

La déficience intellectuelle se manifeste avant l'âge de 18 ans et se caractérise par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation. Elle occasionne des limitations dans au moins deux des domaines suivants : la communication, l'autonomie, la santé et la sécurité, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés scolaires fonctionnelles, le travail, les habiletés sociales, les loisirs et l'utilisation des ressources communautaires.

Les recherches estiment que 3 % de la population présente une déficience intellectuelle. Par contre, plusieurs ont une atteinte légère et fonctionnent de façon autonome. Il est estimé que 0,6 % des personnes présentent une déficience intellectuelle plus grave nécessitant des services spécifiques à un moment de leur vie. Certaines vont requérir des services et de l'aide tout au long de leur vie.

Cette proportion de 0,6 % correspond à 2 880 personnes pour la région. Or, un dénombrement effectué en 1989 indique que 2 556 personnes présentant une déficience intellectuelle recevaient alors des services. Cette donnée se rapproche du taux théorique, surtout que le nombre de personnes recevant des services est sous-estimé à cause de la difficulté de les identifier totalement.

En août 1989, les usagers de services par groupe d'âge se répartissaient comme indiqués au tableau 15. Ces nombres sont mis en parallèle avec le taux de prévalence théorique.

Selon les données épidémiologiques récentes, le nombre actuel d'enfants de 0-3 ans présentant une déficience intellectuelle permet d'anticiper qu'en l'an 2 000, il y aura une légère augmentation des effectifs des enfants âgés de 6-8 ans dans les écoles (voir le tableau 11).

Chez les enfants, le taux de pénétration des services semble bon. En 1994-1995, 531 enfants étaient déclarés au ministère de l'Éducation. De ce nombre, 67 fréquentent une classe régulière dans une école régulière. Les 269 enfants d'âge scolaire (6-21 ans) recevant des services du Centre

Tableau 11
Nombre d'usagers de services par groupe d'âge, selon le taux de prévalence théorique, 1989

Groupes d'âge	Fréquence réelle 1989*	Fréquence théorique**
0-4 ans	59	174
5-19 ans	677	605
20-34	775	663
35-64	879	1 082
65 ans et plus	89	356
Total	**2 556**	**2 880**

* Sources : Travaux relatifs au Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle (PROS-DI), dénombrement 1989.
** Calculée à partir du taux de 0,6 % appliqué à la population de la région, 1991.

de services en déficience intellectuelle se répartissent ainsi□:

- 50 fréquentent l'école dans une classe régulière;
- 125 fréquentent l'école dans une classe spéciale;
- 95 fréquentent une école spéciale.

Les données détaillées par groupe d'âge indiquent que plus l'enfant vieillit, plus grandes sont ses chances de fréquenter une classe ou une école spéciale.

C'est parmi le groupe des 20-64 ans que l'on enregistre le taux d'institutionnalisation le plus élevé. En effet, 511 adultes de la région (31□%) vivent en institution. Il est à noter que depuis 1987, aucun enfant de la région n'est institutionnalisé pour seule cause de déficience intellectuelle. Ceci est un acquis très positif.

Plusieurs personnes présentant une déficience intellectuelle vivent dans des ressources de type familial ou encore dans leur logement tout en recevant un support et un encadrement. On compte 612 personnes intégrées dans une ressource de type familial dans le réseau du CSDI, soit 557 adultes et 55 enfants, 752 personnes âgées de 20 à 64 ans fréquentent des ateliers de travail ou sont intégrées dans des milieux de travail adaptés (Apdip□:□42, Centr l'Aubier□:□36, CSDI□:□674).

Pour leur part, les 65 ans et plus constituent un groupe en croissance pour lequel les services sont maintenus selon les besoins, tout au long du troisième âge.

Le plan de transformation

Les orientations pour l'organisation des services en déficience intellectuelle s'appuient sur des principes tels le respect des valeurs de la personne, un réseau de services intégrés dans la communauté, des services disponibles et accessibles ainsi que des services personnalisés fournis dans les meilleurs délais.

Deux grands objectifs sont retenus□:

- Permettre à la personne d'obtenir une réponse à ses besoins, à l'intérieur de sa communauté.
- Maintenir celle-ci le mieux possible dans son milieu de vie.

De façon générale, les services communautaires d'aide, de support et d'accompagnement à la personne nécessitent une consolidation. Il s'agit de services offerts par des organismes communautaires et par les CLSC.

Le répit aux familles doit aussi être plus disponible aux parents. Pour cela, il faut développer et mieux financer des ressources adaptées pour répondre à des besoins particuliers. Ces ressources permettront aux parents de confier leur enfant en toute sécurité. Les services de première ligne en CLSC doivent aussi être consolidés, particulièrement en ce qui a trait à l'information de base sur la déficience intellectuelle, l'évaluation des besoins, la référence, l'intervention psychosociale, les services de maintien à domicile et le support aux initiatives provenant de la communauté.

Finalement, le processus de désinstitutionnalisation doit être poursuivi dans les deux institutions qui hébergent encore des personnes présentant une déficience intellectuelle, soit le Centre hospitalier Saint-Julien et le Centre l'Aubier.

Les mesures qui en découlent

- Les CLSC, le Centre de services en déficience intellectuelle et les organismes communautaires devront s'assurer que l'information reliée aux services disponibles se rende bien aux membres de la communauté et que ceux-ci connaissent les moyens d'y accéder.
- Les parents devront être mieux soutenus dans leur rôle parental et dans les efforts d'intégration qu'ils déploient pour leur enfant. Les budgets de financement des services de répit-dépannage devront être doublés d'ici trois ans.

Des travaux seront menés pour clarifier les concepts et les rôles de chacun, mais surtout pour clarifier ce que veulent les parents en matière de réponse à leurs besoins.

Sous le leadership de la Régie, un comité sera mis en place afin de réaliser ces travaux.

- Le maintien en milieu de vie naturel ou substitut, allant de la ressource de type familial aux ressources intermédiaires, devra être favorisé.

L'Hôpital Saint-Julien devra élaborer un plan d'ensemble pour l'intégration de tous les usagers institutionnalisés pour cause de déficience intellectuelle. Un groupe de 60 usagers devra faire l'objet d'une première séquence d'intégration sociale d'ici le 1er avril 1997. Un premier rapport de visite du comité ministériel recommande de mettre en place le plus rapidement possible des programmes de réinsertion sociale pour la clientèle de déficience intellectuelle. La mission de l'Hôpital Saint-Julien sera revue. Son rôle en déficience intellectuelle sera reprécisé à la fin des travaux du comité ministériel.

Le Centre l'Aubier devra élaborer un plan d'ensemble pour l'intégration de tous les usagers institutionnalisés pour seule cause de déficience intellectuelle. À défaut de déposer un plan d'intégration satisfaisant pour juin 1996, il pourra se voir soumis à la procédure de non-reconduction de son permis d'exploitation. Les usagers seraient alors intégrés au réseau public.

- Dans le but de mieux soutenir l'action des communautés qui s'impliquent en déficience intellectuelle, un montant de consolidation sera octroyé aux organismes communautaires (SOC). La priorité de financement ira vers les organismes qui offrent des activités de support direct à la personne ou à la famille et ses proches, des activités de promotion et de défense des droits, des activités de loisirs adaptés ou d'intégration au travail et d'accompagnement.
- Pour mettre en place dans les territoires de la région des services de première ligne, le CSDI devra procéder à des prêts de ressources. Un ratio de un intervenant en CLSC pour 25 000 de population devra être respecté.

  Les prêts de ressources seront effectifs le 1er octobre 1996 et la répartition des postes est la suivante :

  - 3 postes au CLSC Drummond;
  - 3 postes au CLSC du Centre-de-la-Mauricie
  - 3 postes au CLSC Les Forges;
  - 2 postes au CLSC Du Rivage;
  - 2 postes au CLSC Suzor-Côté;
  - 6 postes, à raison de 1 poste à chacun des CLSC suivants : de l'Érable, Nicolet-Yamaska, Les Blés d'Or, Valentine-Lupien, Haut Saint-Maurice et un pour les CLSC Normandie et Des Chenaux.

  Le CSDI et les CLSC devront faire un monitoring de cette mesure et faire rapport à la Régie au plus tard en avril 1998. Les éléments suivants devront être traités, soit :

  - la définition et l'évolution de la pratique en déficience intellectuelle dans les CLSC;
  - l'arrimage entre les services de première ligne et les services d'adaptation et de réadaptation;
  - le support et l'expertise fournis par le CSDI aux CLSC;
  - la gestion des cas.

Un continuum de services

De façon à répondre à l'ensemble des besoins relatifs aux personnes présentant une déficience intellectuelle vivant dans la communauté et à leur famille, un ensemble de services complémentaires et interdépendants est identifié et organisé selon ce qu'il est convenu d'appeler un continuum de services.

Ce continuum se compose de services qui sont en grande partie de types généraux et offerts par les CLSC ou les centres hospitaliers ou encore les milieux scolaires, garderies, municipalités, etc. Par ailleurs, les services spécifiques sont offerts par le centre de réadaptation.

Des efforts particuliers devront être consacrés par les établissements et organismes pour mettre en place la gamme la plus complète de services sur chacun des territoires.

Les principaux éléments de la gamme sont :

Services de base

- information, sensibilisation, promotion;
- protection des droits;
- prévention, dépistage, diagnostic;
- suivi psychosocial;
- accueil, évaluation, orientation;
- stimulation précoce;
- soutien à la personne et à sa famille;
- soutien à l'intégration à l'école, au travail;
- maintien dans le milieu naturel;
- répit, dépannage, gardiennage;
- transport adapté.

Services spécialisés

- apprentissage et modification de comportement;
- réadaptation physique;
- services médicaux;
- services psychiatriques;
- services psychologiques;
- intégration au travail;
- services résidentiels substituts.

Section 2.12
Programme clientèle Alcoolisme et toxicomanie

Le contexte

Il faut retenir des réflexions des dernières années un certain nombre d'éléments qui apparaissent fondamentaux dans le domaine de la toxicomanie□:

- Un virage est nécessaire pour développer davantage les interventions préventives afin de diminuer le plus possible le nombre de personnes susceptibles de développer des problèmes de dépendance aux drogues ou à l'alcool.
- Une meilleure concertation doit voir le jour entre les différents acteurs qui interviennent en toxicomanie et les personnes qui mettent en place des programmes de prévention destinés à la population.
- Des efforts supplémentaires doivent être consentis pour que les interventions auprès des personnes présentant des problèmes de consommation abusive de drogues ou d'alcool soient effectuées le plus tôt possible. Plus les interventions sont hâtives, meilleures sont les chances de succès de la réadaptation.
- Les services de réadaptation doivent être accessibles le plus près possible du milieu de vie des personnes qui en ont besoin. Il faut éviter, dans la mesure du possible, de retirer les personnes de leur environnement quotidien.
- Des services spécialisés d'intervention précoce et de réadaptation doivent être développés pour les jeunes de moins de 18 ans. Traditionnellement, les services en toxicomanie se sont développés pour répondre aux besoins de la clientèle adulte. Toutefois, les adolescents commencent de plus en plus tôt à consommer des drogues et de l'alcool et sont, par conséquent, à risque beaucoup plus jeunes de développer des problèmes de dépendance et de toxicomanie.

La clientèle et ses caractéristiques

Les données de l'enquête Santé-Québec permettent de dresser le profil de consommation d'alcool, de drogues et de médicaments de la population de la région Mauricie-Bois-Francs.

La consommation d'alcool

Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, 78□% ont déclaré avoir consommé de l'alcool, de façon régulière ou occasionnelle, au cours des douze mois précédent l'enquête. Parmi ces buveurs, 8□% ont pris 14 consommations ou plus. Selon ces données, il y aurait approximativement 22 000 buveurs prenant 14 consommations et plus par semaine dans la région Mauricie-Bois-Francs, dont 4□000 grands buveurs. Les femmes consomment moins d'alcool que les hommes. Entre 1987 et 1993, la proportion de buveurs n'a pas beaucoup changé.

La consommation de drogues

Les données d'enquête permettent d'estimer le nombre de consommateurs de drogues illégales. Toutefois, compte tenu de la nature illicite de ce comportement, il est possible que cette mesure soit sous-estimée.

Parmi les gens âgés de 15 ans et plus, 10□% ont déclaré avoir consommé de la drogue au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion est particulièrement élevée chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans, parmi lesquels le tiers (33□%) a déclaré avoir fait usage de drogues au cours de cette période. Selon ces données, approximativement 37 000 personnes ont fait usage de drogues, dont près de 20 000 sont âgées de 15 à 24 ans. Deux consommateurs sur cinq (42□%) ont déclaré prendre seulement de la marijuana, alors que les autres (58□%) consomment au moins un autre type de drogues.

Parmi les gens âgés de 15 ans et plus, 18□% ont déclaré avoir déjà pris de la drogue, mais s'en sont abstenues au cours des douze mois précédant l'enquête. Les anciens consommateurs sont plus nombreux chez les adultes âgés de 25 à 44 ans (30□%), ce qui incite à croire que les drogues perdent de leur attrait avec l'âge.

Sept personnes sur dix (72□%) affirment n'avoir jamais consommé de drogues. La consommation de drogues est un phénomène marginal chez les adultes âgés de 45 à 64 ans et chez leurs aînés□: 88□% et 95□% respectivement se disent abstinents.

La consommation de médicaments

Près de la moitié des personnes de la région (48□%) déclarent avoir consommé au moins un médicament au cours des deux jours précédant l'enquête. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à prendre au moins un médicament (58□% à 38□%).

Trois personnes sur dix (32□%) consomment des médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste alors qu'une personne sur quatre (25□%) prend des médicaments non prescrits. La consommation de médicaments prescrits est particulièrement élevée chez les adultes âgés de 45 à 64 ans (40□%) et chez les adultes âgés de 65 ans et plus (67□%). Elle est aussi plus fréquente chez les femmes (41□%) que chez les hommes (22□%).

Les tranquillisants, sédatifs et somnifères sont utilisés par 6□% de la population, soit près de 30□000 personnes. Il est évident que dans le cadre du programme toxicomanie, ce sont essentiellement ces personnes qui sont visées, susceptibles de développer une dépendance à ce type de médicaments.

Les jeunes de la rue

Les jeunes de la rue constituent une clientèle nouvelle, mais prioritaire en toxicomanie. Il s'agit d'un groupe relativement à risque, ces jeunes ayant décroché totalement, ou encore partiellement, des «structures sociales habituelles» que sont la famille, l'école ou le monde du travail. Selon une étude menée auprès de 83 jeunes de la rue par le Refuge la Piaule de Drummondville, en collaboration avec le centre de santé publique de la région, tous les jeunes de la rue consomment de l'alcool et des drogues, et 80□% d'entre eux se considèrent toxicomanes.

Constat général

Bien que le nombre de cas de toxicomanie semble demeurer assez stable, la plupart des intervenants et intervenantes impliqués(es) dans le domaine des toxicomanies notent un alourdissement de la clientèle. De plus en plus, les interventions doivent se faire auprès de personnes polytoxicomanes (qui utilisent plusieurs drogues ou médicaments en combinaison souvent avec l'alcool) ou qui vivent des problèmes multiples associés à leur problème de toxicomanie (problèmes de santé mentale, problèmes avec la justice), ce qui demande des interventions plus intensives et plus longues et, par le fait même, mobilisent davantage les ressources disponibles pour cette clientèle.

Le plan de transformation

Les objectifs visés par le projet de transformation sont□:

- Consolider le réseau d'organismes de type travailleurs de rue dans la région 04, en augmentant les budgets consentis aux organismes déjà existants.

  Cette mesure sera intégrée dans le programme clientèle jeunesse pour indiquer qu'elle s'adresse à une clientèle plus large que les jeunes aux prises avec des problèmes de surconsommation de psychotropes.

- Mettre en place une ressource de réadaptation interne pour les jeunes de 12 à 17 ans. Selon le groupe de travail actuellement en place, une ressource de type familial de 6 places doit être implantée. Domrémy 04 doit assurer l'encadrement et le support clinique spécialisé aux responsables de ce service. Un budget pour la mise en place des services de réadaptation spécialisés lui sera consenti pour supporter la mise en place de cette mesure. Les Centres jeunesses devront procéder par réallocation à même l'enveloppe destinés aux ressources de type familial pour le développement de la ressource d'hébergement.

- Consolider le réseau de centres externes de réadaptation de Domrémy 04 sur l'ensemble du territoire de la région. Les territoires suivants sont concernés de façon particulière□: De l'Érable, les Blés d'QrNicolet-Yamaska, Valentine-Lupien et Des Chenaux.

  Cette mesure devra se réaliser majoritairement par une réallocation des ressources financières et humaines déjà en place à Domrémy 04. Toutefois un montant de consolidation sera octroyé à Domrémy pour supporter cet établissement dans le déploiement de ses ressources vers la communauté, par la consolidation du réseau de ses services externes.

- Assurer à l'ensemble de la population du territoire des services adaptés d'intervention court terme. Une formation sur l'intervention spécifique auprès des jeunes a déjà été dispensée dans la région. Une formation sur l'intervention auprès des adultes est prévue pour les prochains mois. Un intervenant de la région a été formé pour donner cette formation qui s'adressera au personnel des organismes communautaires et des CLSC. Une meilleure connaissance de l'évaluation des problèmes de toxicomanie devrait faciliter les références vers les ressources appropriées.

De plus, un groupe de travail, tel que nous l'avons précédemment mentionné, devra aborder la dimension de l'arrimage et de la consolidation de l'ensemble des services en alcoolisme et toxicomanie.

- Rendre accessibles, à la population judiciarisée ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, des services spécialisés.

Cette mesure devra être réalisée par réallocation de ressources par Domrémy 04.

Par rapport aux autres services spécifiques, Domrémy 04 devra au cours des prochains mois déposer à la Régie un plan détaillé précisant ses intentions par rapport à ces clientèles.

- Consolider la mise en place d'actions de promotion de la santé et de prévention des toxicomanies :
  - en supportant l'émergence et le fonctionnement des tables locales de concertation en toxicomanie;
  - en facilitant les liens entre les acteurs oeuvrant en prévention des toxicomanies;
  - en supportant l'implantation du programme « PAVOT » en milieu scolaire.
- Mettre en place un comité de travail dont le mandat sera d'examiner les interfaces dans le dossier de l'hébergement en interne. Les acteurs concernés sont : le centre Domrémy 04, les maisons de thérapie, les organismes communautaires qui font de l'hébergement et de la réhabilitation.

Section 2.13
Programme clientèle Enfance-jeunesse-famille

Le contexte

Suite à la production de plusieurs rapports provinciaux sur les services aux jeunes, la politique de la Santé et du Bien-être proposait des orientations concernant cette population. Ces orientations furent reprises à l'échelle régionale. Il s'agit de la lutte à la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes familles, la promotion et la prévention, le maintien du jeune dans son milieu familial, la concertation entre les acteurs du réseau de la santé et des autres secteurs concernés.

La clientèle et ses caractéristiques

La clientèle concernée est constituée des enfants 0-17 ans et de leurs parents qui ont besoin de support pour développer leur potentialité afin de prévenir la compromission de la santé, du bien-être et du développement physique, affectif, social et cognitif des enfants. La clientèle compte aussi les jeunes et leurs parents qui sont aux prises avec des problèmes tels les abus, la négligence, la violence, la délinquance, les troubles graves de comportement, la grossesse à l'adolescence, le suicide, le décrochage scolaire, l'itinérance, etc.

Moins d'enfants...

- Les enfants 0-17 ans connaîtront une chute démographique continue (près de 13 %) au cours des 10 prochaines années. Le poids des 0-17 ans passera de 23 % de la population qu'il représente actuellement à 19,5 % en 2006 (voir le tableau 12).

Dans des familles de petite taille...

- La Mauricie-Bois-Francs comptait, en 1991, 63 845 familles avec au moins un enfant de moins de 18 ans. Un nombre important de ces familles (44 %) n'avait qu'un seul enfant, 40 % ont 2 enfants et 16 % des familles ont 3 enfants et plus.

Souvent avec un seul parent...

- Les enfants d'aujourd'hui vivent plus fréquemment des

Tableau 12
Distribution de la population jeunesse en Mauricie-Bois-Francs, par groupe d'âge, par rapport à la population totale, 1996 et 2006

Groupes d'âge	1996	(%)	2006	(%)
0-5 ans	33□947	7,0	29□799	5,9
6-11 ans	35□799	7,3	31□671	6,3
12-17 ans	42□288	8,7	36□309	7,2
0-17 ans	**112□034**	**23,0**	**97□779**	**19,5**
Population totale	**488□71**	**100,0**	**502□035**	**100,0**

séparations, divorces et recompositions familiales. En 1991, il y avait 17□520 familles monoparentales (20,8□%), dont 10□865 (17,9□%) avec au moins un enfant de moins de 18 ans. Plus de 80□% de ces familles sont dirigées par des femmes.

Pauvres...

- Plusieurs familles vivent dans la pauvreté. En 1991, 15,3□% des familles de la région ne comptent que sur un faible revenu□; 5□659 familles monoparentales avec enfants, soit le tiers de ces familles (32□%) sont prestataires d'aide sociale.

Vivant des problèmes...

- Chez les adolescentes de 14-17 ans, le taux de grossesse était, en 1990, de 15,0 pour 1000 dans la région.
- Le taux d'abandon scolaire est de 34,6 pour 100 jeunes (1987-1990).
- Chez les 15-19 ans, le taux de mortalité par suicide est de 24,3 pour 100□000 (1989-1993), comparativement à 16,7 au Québec. Le pourcentage de jeunes 15-24 ans ayant des idées suicidaires se situe à 8,1□%, ce qui est 3 fois plus élevé que chez les 65 ans et plus (2,7□%). De plus, 6,9□% des 15-24 ans avouent avoir commis, au cours de leur vie, une tentative de suicide. Il y a 20 tentatives de suicide pour chaque décès par suicide chez les jeunes comparativement à 8 pour 1 chez les adultes.

Même si l'on prévoit une diminution de la population de jeunes au cours des prochaines années, les besoins de services risquent d'augmenter compte tenu des effets à moyen et long terme de l'appauvrissement des familles, de la monoparentalité, du décrochage, etc.

Les usagers actuels des services aux jeunes et à leur famille

Il n'y a pas de dénombrement des jeunes (0-17 ans) qui reçoivent de l'aide des organismes communautaires et des CLSC parce que les données ne sont pas disponibles ou parce qu'elles sont présentées globalement sans distinguer les jeunes, les adultes et les personnes âgées.

D'après les rapports d'activités des Centres Jeunesse Mauricie-Bois-Francs pour l'année 1994-1995□:

- 5□207 enfants et adolescents ont reçu des services du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, dont 2□431 en vertu de la Loi sur la Protection de la Jeunesse, 2□105 en vertu de la Loi sur les Jeunes Contrevenants et 671 en vertu de la Loi sur les services de santé et les services Sociaux.
- 1□302 jeunes recevant des services psychosociaux ont été accueillis par des ressources de type familial.
- 828 jeunes ont reçu des services de réadaptation dans leur milieu familial et en milieu scolaire.
- 772 jeunes ont bénéficié de services de réadaptation en interne aux pavillons Laforest, Bourgeois et Ville-Joie.
- 99 jeunes mères ont reçu, dans leur milieu, des services du Centre de réadaptation pour mères en difficultés d'adaptation (CRMDA).
- 1□350 signalements ont été retenus en 1994-1995, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, ce qui représente une augmentation moyenne de 6,8□% par année au cours des deux dernières années. Les quatre principaux motifs de signalement sont□:
  - la négligence□: 604 signalements (45□% du total), en augmentation moyenne de 12,6□% par année au cours des deux dernières années;
  - les abus physiques□: 161 signalements (12□% du total), en augmentation moyenne de 11,7□% par année au cours des deux dernières années;
  - les abus sexuels□: 149 signalements (1□% du total), en diminution moyenne de 14□% par année au cours des deux dernières années;
  - les troubles de comportements□: 399 signalements (30□% du total), en augmentation moyenne de 10,7□%

par année au cours des deux dernières années;

- Le nombre de jeunes contrevenants est passé de 1□000 en 1990, à 1□297 en 1992, puis à 1□020 en 1994.
- Le nombre de délits a évolué de façon comparable au nombre de jeunes contrevenants, passant de 2□685 en 1990 à 3□062 en 1992, pour diminuer à 1□996 délits en 1994.
- Le taux de criminalité des 12-17 ans de la région (1992-1993) est de 6,64 pour 100 (5,98 au Québec).

Le plan de transformation

Les objectifs visés par le projet de transformation des services aux jeunes et aux familles sont les suivants□:

- Diminuer la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes familles afin de donner à chaque enfant les conditions propres à assurer son développement et ceci, dès les tous premiers moments de sa vie. Pour cela, il faut soutenir prioritairement les jeunes parents et les familles monoparentales.
- Accroître les actions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que de la prévention de la maladie et des problèmes d'adaptation personnelle et sociale. La valorisation et le soutien aux rôles parentaux ainsi que l'intervention précoce sont retenus comme des champs d'action à investir.
- S'assurer que les services auprès des jeunes et des familles qui vivent des problèmes, se donnent en continuité afin de minimiser le nombre d'intervenants auprès du jeune et de son milieu et ainsi éviter les ruptures du lien de confiance et les reprises du processus clinique;
- Favoriser le maintien des jeunes dans leur milieu familial. Pour cela, il faut intervenir rapidement, de façon intensive, avec une gamme d'interventions souples dans le milieu pour soutenir les familles dans l'exercice de leurs responsabilités.
- Développer la concertation entre les dispensateurs de services aux jeunes et à leur famille, ceux du réseau de la santé et des services sociaux mais aussi les partenaires des autres secteurs.

Les mesures retenues

Il y avait beaucoup à faire... il en reste encore. Les réflexions et les questionnements qui ont amené et qui ont suivi la réforme, de même que les contraintes budgétaires ont conduit à des décisions et des changements d'attitudes qui étaient presque inimaginables il y a cinq ans. Les changements sont amorcés, voyons ce qui contribuera à les compléter.

- Poursuivre les travaux visant à se donner une vision globale et partagée des besoins des jeunes et des familles, à établir des priorités d'actions et développer des programmes intégrés, c'est-à-dire qui mettent à contribution l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de même que du secteur scolaire, sécurité publique, justice, travail, etc. Dans le cadre de ces travaux, les différents volets du programme devront être considérés (périnatalité, petite enfance, 6-12 ans, 12-18 ans), de même que les différentes problématiques.
- Consolider les organismes communautaires qui oeuvrent auprès des jeunes et des familles soit les maisons de jeunes, les organismes familles (incluant les organismes en périnatalité), les organismes jeunesse de même que les organismes d'aide aux personnes démunies.

À partir de l'enveloppe de développement en promotion-prévention, réserver prioritairement un budget pour compenser le désengagement du fédéral dans le «□programme d'aide communautaire pour les enfants□» (PACE).

- Développer et consolider les programmes intégrés auprès des jeunes sur chacun des territoires de CLSC□:
  - Programme intégré de stimulation infantile et de soutien parental pour les 0-5 ans par l'ajout de ressources en promotion-prévention;
  - Création d'équipes multidisciplinaires (équipes jeunesse) en milieu scolaire□:
  - Ces équipes jeunesse, formées des intervenants en place, à laquelle s'ajouteront les ressources prévues en promotion-prévention, conjugueront les forces et les compétences du monde scolaire, du secteur de la santé (CLSC et CH), des organismes communautaires jeunesse-famille et des services sociaux et de réadaptation (CLSC, CPEJ, CR). Selon les dossiers en cause, on associera aux travaux d'autres partenaires tels la justice, la sécurité publique, etc. Ces équipes jeunesse dispenseront aussi des services de deuxième ligne, relativement à des problèmes de comportement, d'abus, de négligence, etc. En concertation avec les CLSC, des balises seront fixées pour établir les contours budgétaires du programme jeunesse dans chacun des 12 CLSC.
- Développer des mesures de maintien du jeune dans son milieu. Cette mesure interpelle tous les partenaires par un questionnement des pratiques et un maillage

étroit, principalement entre les CLSC et les Centres jeunesse. Un projet pilote sur les solutions de rechange au placement des jeunes est réalisé dans 5 territoires de CLSC de la région. Les résultats de ce projet pilote permettront une généralisation à l'ensemble des territoires de CLSC à compter de janvier 1997.

Les Centres Jeunesse Mauricie-Bois-Francs ont un rôle important à jouer dans le maintien des jeunes dans leur milieu. Les ressources rendues disponibles par la fermeture du Pavillon Ville-Joie seront d'une part déployées par territoire de CLSC ou de MRC (24 postes) de façon à intervenir le plus possible dans le milieu des jeunes et des jeunes mères, évitant ainsi les placements en ressources de type familial ou institutionnel. D'autre part, cette fermeture permettra de compléter le réseau de ressources de type familial et de ressources intermédiaires (équivalent de 60 places) afin que, lorsque requis, le placement des jeunes ait lieu dans leur milieu, le plus près possible de leur famille.

La révision du partage des clientèles et des services entre les Pavillons Laforest et Ville-Joie Saint-Dominique permettra aux jeunes d'avoir accès au plus grand éventail de services possible et d'être placés le plus près possible de leur milieu.

Afin de favoriser le maintien du jeune dans son milieu de vie, des ressources de répit-dépannage et de soutien doivent être disponibles pour les familles qui ont des problèmes ou des difficultés psychosociales, lorsqu'il devient nécessaire, à l'occasion de crises aiguës, de soutenir leur rôle parental. Un ajout budgétaire est requis pour la consolidation de ces ressources dans les CLSC.

- Les Centres jeunesse Mauricie-Bois-Francs devront éliminer les listes d'attente en jeunes contrevenants et en protection de la jeunesse. Ils devront également assurer un nombre de ressources adéquates pour répondre aux besoins d'hébergement sécuritaire pour les 12-18 ans.

  La célérité des décisions et l'intensité des interventions en protection et dans les services aux jeunes contrevenants auront pour effet de diminuer la durée des interventions. Ainsi, les objectifs ont de bonnes chances d'être atteints à meilleurs coûts.

  Les services seront consolidés principalement par l'ajout d'effectifs pour le programme jeunes contrevenants et en protection de la jeunesse.

Section 2.14
Accès aux services pour les personnes d'expression anglaise

Le contexte légal

La Loi sur les services de santé et les services sociaux établit le droit des bénéficiaires à des services adéquats, continus et personnalisés. Dans une modification à ladite Loi, la langue est reconnue comme un élément essentiel à l'exercice de ce droit. Des dispositions nouvelles établissent, entre autres, le droit à toute personne d'expression anglaise de recevoir des services en langue anglaise, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements et dans la mesure où un programme d'accès le prévoit. La Régie régionale est responsable d'élaborer programme d'accès en collaboration avec les établissements de sa région ou d'une autre région.

Une personne d'expression anglaise est définie par le Ministère comme «□celle qui, dans ses relations avec un établissement qui dispense des services de santé ou des services sociaux, manifeste le désir de recevoir des services en langue anglaise ou se sent plus à l'aise d'exprimer ses besoins en cette langue□». Les personnes qui s'adressent aux établissements du réseau recherchent une réponse à leurs besoins. Or, des sentiments d'insécurité et d'inquiétude sont généralement associés à une telle démarche. Ainsi, en situation de besoin d'aide, on revient donc naturellement aux choses qui sont les plus naturelles□: la langue, les traditions et les habitudes culturelles.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue la réalité régionale□: l'anglais est la première langue parlée chez environ cinq mille six cent personnes, soit 1,25□% de la population de la région. Cependant, en tenant compte de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements, la Régie régionale reconnaît sa responsabilité de s'assurer que les établissements fournissent des services à la population d'expression anglaise et ce, non pas par un système parallèle au réseau, mais plutôt par des services intégrés aux structures de la région.

La clientèle et ses caractéristiques

Les statistiques sur la première langue officielle parlée fournissent la meilleure estimation du nombre de person-

nes susceptibles de préférer recevoir leurs services en anglais.

En Mauricie-Bois-Francs, la population dont l'anglais est la première langue parlée n'est pas concentrée dans un territoire : elle représente au-dessus de 1 % de la population dans la plupart des territoires. C'est donc une petite population parsemée sur une grande région.

Depuis l'adoption du premier programme d'accès aux services en langue anglaise en 1989, la Régie régionale a maintenu des relations étroites avec les associations de la communauté d'expression anglaise. Ce dialogue a permis de connaître les problèmes rencontrés par les personnes désirant obtenir des services dans leur langue. On a ainsi noté la réticence de beaucoup d'anglophones à demander à être servis en anglais parce qu'ils craignent des répercussions négatives, suite aux attitudes de certains intervenants. Cela a pour effet de sous-estimer la demande de services en langue anglaise.

Le portrait actuel

En décembre 1995, après révision, le programme d'accès identifie 17 établissements qui offrent certains services spécifiques en langue anglaise. À la Régie régionale, la protection et de défense des droits, l'accueil et l'information sont identifiés. Les mesures prises auprès de la population par la santé publique dans les cas de sinistres seront transmises de façon adaptée aux personnes d'expression anglaise. Les documents publiés relatifs aux sinistres le seront aussi.

Tous les établissements identifiés offrent les services d'accueil, évaluation et orientation en langue anglaise, en plus de certains autres services. Les personnes désirant obtenir la liste détaillée des services offerts en anglais peuvent s'adresser à la Régie régionale.

Pour certains services qui ne sont pas accessibles en anglais dans la région, des établissements à Montréal, en Montérégie et en Estrie ont été sollicités et ont donné leur accord.

Les cibles visées pour les trois prochaines années

Les cibles visées pour les trois prochaines années sont :

- Information auprès de la communauté d'expression anglaise partout dans la région : publication en anglais d'un répertoire de tous les services de santé et des services sociaux accessibles en langue anglaise dans les établissements de la région et de ceux qui sont accessibles hors région.
- Service ambulancier : la Régie régionale prévoit organiser une journée de formation en anglais pour les ambulanciers de la région, afin qu'ils puissent communiquer avec une victime d'expression anglaise.
- CLSC et commissions scolaires : la Régie régionale entamera des pourparlers avec la Commission scolaire protestante Saint-Maurice dans le but de l'inviter à participer au comité Régie régionale—Direction régionale du ministère de l'Éducation et aux rencontres territoriales, afin d'aborder la question des services destinés aux étudiants.
- Population vieillissante : la Régie régionale examinera la question de l'hébergement et des soins à domicile pour les personnes d'expression anglaise.
- Budget : ajout d'un montant de 50 000 $ pour consolider le budget permettant aux établissements de la région 04 d'offrir, lorsque se présente une situation qui le justifie, des services de relation d'aide ou de protection nécessitant une maîtrise de la langue anglaise.

Ce budget pourra aussi être utilisé pour des services aux communautés culturelles de la région Mauricie-Bois-Francs, ou encore pour le financement de projets favorisant l'accès aux services existants aux personnes d'expression anglaise.

Chapitre 3
LE PLAN DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES

Les audiences publiques n'ont pas apporté beaucoup d'éclairage quant à l'organisation structurelle future du réseau. Presque tous les projets de fusion proposés par la Régie ont été rejetés par les établissements.

Plusieurs avis expriment des craintes par rapport à l'application de cette stratégie de fusion, de même qu'aux délais et conditions de mise en place. Certains soulignent que des délais plus grands rendraient ces mesures plus acceptables.

Le rapport des coprésidents révèle que les établissements ont souvent proposé des maillages serrés plutôt que des fusions. Dans bien des cas, les audiences n'ont cependant pas permis de différencier ce concept du statu quo.

Devant cette absence de consensus des acteurs de la région qui orienterait l'organisation structurelle, la Régie fait le choix de pousser plus avant son orientation initiale.

Dans son projet de transformation du réseau, la logique suivie par la Régie a été de déterminer les services de base devant être accessibles dans les territoires pour l'ensemble de la population. Puis ont été précisés les orientations et les virages à effectuer dans les services qui s'adresssent à chacune des clientèles spécifiques, soit : les jeunes et les familles en difficultés, les personnes âgées, les personnes ayant une déficience physique ou présentant une déficience intellectuelle, les personnes toxicomanes, les personnes vivant avec un problème de santé physique ou de santé mentale.

Dans cette logique, les décisions structurelles sont les moyens privilégiés par la Régie pour supporter la mise en place des services prévus au projet de transformation.

Ces choix de structures ne sont pas le fruit du hasard. Ils constituent, aux yeux de la Régie, les ensembles organi*sationnels les plus compatibles* avec l'atteinte des objectifs de résultats visés, en relation avec les particularités géographiques et démographiques des territoires.

Le détail des choix par territoire est élaboré dans les pages qui suivent. Nous mettrons en évidence les particularités qui permettent à la Régie d'éclairer son choix dans la perspective où elle doit rencontrer des objectifs d'organisation de services, de réduction des dépenses et de redéploiement des ressources humaines dans chacun des territoires.

À cette étape-ci d'analyse plus globale, nous insisterons sur les aspects communs s'appliquant à l'ensemble des décisions structurelles.

Considérations relatives aux services

L'évolution des besoins et la réponse aux problèmes sociaux sont également des éléments qui ont préoccupé la Régie dans ses décisions structurelles. Le réseau de la santé et des services sociaux est devenu fort complexe. Il est composé d'un ensemble varié d'établissements, de professionnels et d'organismes communautaires ayant chacun leur spécificité quant aux clientèles qu'ils desservent, aux problèmes qu'ils traitent, aux services qu'ils offrent et à leur horaire de travail. Les citoyens et citoyennes ont de la difficulté à s'y retrouver. Plus la personne est démunie, plus les chances sont grandes qu'elle s'y retrouve difficilement. Le système doit non seulement être simple mais il doit tendre vers l'élimination des difficultés de communication entre les acteurs.

Les nouveaux établissements fusionnés, à cause de la gamme étendue de services qu'ils offrent, auront une attraction plus forte auprès des personnes âgées, des personnes démunies, des personnes en besoin de protection. Ce faisant, leur potentiel de pénétration sera plus grand, de même que leur capacité de répondre à des besoins en émergence.

La stratégie de fusion apparaît comme un moyen efficace pour créer une synergie des forces du milieu, se traduisant en gains pour la population en termes d'accès à un guichet unique, de continuité des services, de flexibilité dans l'utilisation des ressources pour adapter les réponses aux besoins des gens et de disparition des duplications. Bref, la fusion permet d'avoir à la disposition de la population, une organisation de services qui opère en fonction d'une vision cohérente de ce qui doit être fait pour la population du territoire desservi.

Considérations financières

Il existe plusieurs études concluant à des économies d'échelle peu perceptibles suite à des fusions. Par contre, nous nous situons ici dans un contexte de réorganisation majeure, qui entraînera un phénomène de capacité excédentaire. La possibilité de réaliser des économies est alors plus grande. Ce phénomène de capacité excédentaire est présent sur plusieurs sites visés par les modifications structurelles. Plusieurs territoires voient le nombre de lits de soins de courte durée diminuer dans une large proportion (ex.□: Haut Saint-Maurice, Valentine-Lupien, Du Rivage, Centre-de-la-Mauricie et Nicolet-Yamaska). Certains territoires enregistrent aussi une diminution du nombre de lits d'hébergement de soins de longue durée (ex.□: Haut Saint-Maurice, Normandie/Des Chenaux, Nicolet-Yamaska, Blés d'Or et Valentine-Lupien).

Il devient alors possible d'utiliser des espaces en commun, de partager les ressources humaines, tant aux niveaux administratif, entretien, service d'hébergement ou soutien clérical.

Il existe un autre argument important justifiant les fusions. En effet, les établissements qui demeurent formeront de plus grands ensembles, les plaçant en meilleure position d'assumer les objectifs de réduction de dépenses des prochaines années. De même, les mesures proposées vont générer une disponibilité de crédits permettant d'ajuster l'offre de services aux besoins actuels et futurs de la population.

Opportunité de changement

Les changements proposés dans l'organisation des services sont majeurs et remettent en question la façon de dispenser les services. Ce seul élément est déstabilisant, mais il ne peut se réaliser sans des modifications de structures.

Dans le contexte où tout est remis en question, les modifications structurelles représentent une opportunité de taille de bâtir des organisations novatrices où les missions et les services sont intimement liés. En ce sens, nous souhaitons que les stratégies de fusion soient vues comme des opportunités de changement mobilisatrices dans chacun des milieux.

Conditions de réalisation

Cela dit, le regroupement des établissements, que ce soit par une fusion des corporations ou par une intégration, nécessite des conditions de faisabilité pour éviter les écueils souvent constatés qui ont fait échouer les meilleurs projets.

À cet égard, le conseil d'administration de la Régie régionale a adopté le 6 décembre 1995 un document[3] précisant les conditions essentielles à la réalisation d'un regroupement d'établissements. Ces conditions ont pour but d'assurer la préservation des missions. Dans la région Mauricie-Bois-Francs, cette préoccupation est plus que pertinente compte tenu qu'il y aura plusieurs fusions.

Le regroupement d'établissements à vocation différente présente des difficultés particulières qu'il nous faut surmonter. Les difficultés sont réelles et liées généralement à la place accordée à chacune des missions (prépondérance du curatif sur les services préventifs et communautaires), motivation exclusivement économique sans préoccupation pour les services à la clientèle, débat de structures plutôt que de services, difficulté d'intégrer des cultures organisationnelles différentes, etc.

Il faut donc, pour l'ensemble des partenaires du réseau, transcender les barrières corporatives et s'inscrire dans une logique de prestation de services à la population plutôt que dans une logique de catégorie d'établissements.

Dans sa lettre du 3 juillet 1996 au Président du conseil d'administration de la Régie régionale, le Ministre a approuvé la plupart des recommandations de la Régie concernant les modifications structurelles. Là où le ministre a ajouté des précisions ou retenu une position différente de celle de la Régie, ses propos seront cités au texte.

Enfin, dans les documents antérieurs, la Régie avait utilisé le concept de centre de santé et de services sociaux pour décrire la réalité de certains nouveaux établissements issus de fusions. Il était toutefois prévu que ces nouveaux établissements auraient un conseil d'administration de type CLSC. Le ministre a finalement décidé de ne pas créer une nouvelle catégorie d'établissements, de sorte que dans le texte qui suit on utilisera l'expression «□établissement de type CLSC□». Le conseil d'administration, comme prévu, sera de type CLSC. Il importe de souligner que cela ne modifie en rien les services déjà prévus dans les établissements de type CLSC. L'esprit qui a présidé à la définition de leurs contours demeure aussi le même.

3 Réf. : Document «*Les services accessibles en communauté et les conditions jugées essentielles dans les cas de regroupements d'établissements de catégories différentes*». Adopté par le Conseil d'administration du 6 décembre 1995, résolution CARR-95-96.

Section 3.1
Territoire du Haut Saint-Maurice *(population : 16 500)*

Le territoire du Haut-Saint-Maurice présente les particularités suivantes : il est le territoire le plus vaste de la région, avec une population relativement stable, fortement concentrée en milieu urbain et une distribution de soins à offrir dans des points de services éloignés de La Tuque. Il se caractérise également par l'éloignement des grands centres urbains de la région (120 km de Shawinigan). L'organisation des services à mettre en place doit donc tenir compte de cette réalité.

Structure organisationnelle retenue

- Mise en place d'un nouvel établissement de type CLSC par fusion du CLSC Haut Saint-Maurice et du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Tuque (un seul conseil d'administration de type CLSC). L'échéance de la fusion administrative est le 1er décembre 1996.
- Mandater un groupe de travail de 8 personnes maximum issues des deux conseils d'administration actuels (4 du CLSC et 4 du CH), supporté par un gestionnaire de projet externe au milieu de La Tuque pour d'une part l'identification des conditions favorisant l'implantation du projet et d'autre part l'élaboration d'une première proposition intégrée d'organisation de services visant la mise en place du nouvel établissement offrant les services suivants :
  - services de première ligne;
  - services de soins de courte durée : 40 lits, incluant 5 lits de courte durée de psychiatrie et 6 lits de gériatrie et consolidation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (équivalent de 2 lits);
  - services d'urgence 24 heures / 7 jours et de cliniques externes spécialisées;
  - services d'hébergement et de soins de longue durée : 80 lits.

Le nouvel établissement devra :

- élargir ses travaux pour inclure les établissements régionaux pour mettre en place sa gamme de services;
- s'assurer de l'élaboration des ententes de services avec le Centre hospitalier Régional de la Mauricie garantissant le maintien et le développement de cliniques externes spécialisées;
- acheminer à la Régie un engagement du conseil d'administration de la nouvelle corporation à l'effet d'une part d'organiser des services d'hébergement et de soins de longue durée créant véritablement un milieu de vie s'apparentant à un chez-soi et d'autre part tenir compte des conditions particulières des personnes vivant en régions éloignées.

- L'organisation des services devra respecter les services à rendre à la population de Parent et Clova tout en ajustant ceux-ci à la réalité du virage ambulatoire.

Concernant le territoire du Haut Saint-Maurice, le ministre apporte les précisions suivantes dans sa lettre du 3 juillet :

« Pour le territoire du Haut Saint-Maurice, il est important que la réorganisation s'actualise afin de consolider les services de 1re ligne de manière à réussir l'arrimage particulier avec les services spécialisés notamment les activités chirurgicales de base qui sont nécessaires à maintenir pour cette communauté. Je connais les inquiétudes que soulève une telle situation.

J'approuve le plan de la Régie régionale concernant la fusion en vue du regroupement du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Tuque et du CLSC du Haut Saint-Maurice ainsi que les services de 1re ligne qui y seront dispensés.

Par ailleurs, j'apporte des précisions quant aux activités chirurgicales de base que la population doit recevoir, vu l'éloignement de ce territoire. J'ai pris connaissance des données qui les décrivent et l'analyse qui en a été faite indique qu'une forte proportion de ces activités se feront graduellement en ambulatoire.

Cependant, afin d'assurer le déploiement des services de 1re ligne et le respect de cette mission et afin de garantir une prestation d'activités chirurgicales adéquate, je demande au nouvel établissement (issu de la fusion du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Tuque et du CLSC du Haut Saint-Maurice) de respecter les paramètres suivants :

1. *La mise en place de ce nouvel établissement s'inscrit d'abord et avant tout dans une perspective de consolidation et de développement des services de 1re ligne. En ce sens les budgets qui y sont consentis reflètent cette nouvelle réalité et doivent être clairement identifiés et protégés.*

2. *Afin d'assurer une accessibilité géographique de même qu'un encadrement clinique adéquat pour les spécialités, je demande aux médecins spécialistes oeuvrant dans ce nouvel établissement et qui feront partie du CMDP d'être également membre du CMDP du nouveau centre hospitalier du Centre de la Mauricie (issu de la fusion du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et du Centre hospitalier Sainte-Thérèse). Cette double appartenance permettra aux médecins spécialistes d'avoir un environnement clinique adéquat tout en distinguant bien les services de 1re ligne de ceux de 2e ligne.*

3. *Au même titre que la mise en place des cliniques externes spécialisées qui devront se faire par entente de services avec le nouveau centre hospitalier du Centre de la Mauricie conformément à votre plan, tout développement futur des services spécialisés devra s'effectuer à partir d'ententes convenues entre le nouvel établissement du territoire du Haut Saint-Maurice, le centre hospitalier du Centre de la Mauricie et la Régie régionale. Ce développement ne pourra d'aucune façon provenir des budgets octroyés aux services de 1re ligne du territoire et devront correspondre aux besoins de services spécialisés de base de la population du Haut Saint-Maurice.*

Enfin, je crois utile de vous rappeler que les services de 1re ligne constituent la pierre angulaire de l'organisation des services de ce territoire et que c'est de façon exceptionnelle que je confie la gestion de services spécialisés à ce nouvel établissement afin d'en assurer l'accessibilité géographique à la population.»

Section 3.2
Territoires Normandie et Des Chenaux *(population : 26 200)*

Ces deux territoires circonvoisins présentent plusieurs caractéristiques similaires. Ils se caractérisent par leur aspect rural. Leur population est en décroissance et ils représentent les territoires de CLSC les moins populeux de toute la région (Normandie : 12 510, Des Chenaux : 13 667).

Ils appartiennent toutefois à deux territoires de MRC différents; les axes de consommation de services de la population de Normandie vont vers le Centre-de-la-Mauricie alors que la population du territoire Des Chenaux s'oriente vers le Trois-Rivières métropolitain. Dans la perspective d'une fusion des établissements du territoire, il faudra assurer à la population l'accès aux services spécialisés via des corridors de services clairement établis qui respectent leurs habitudes de consommation.

Structure organisationnelle retenue

- Fusion des CLSC Normandie et Des Chenaux (un seul conseil d'administration de type CLSC) :
  - maintien des deux points de services actuels pour les CLSC;
  - services de première ligne.

  L'échéance de la fusion administrative est le 1er décembre 1996.

- Maintien du CHSLD Mékinac-Des Chenaux.
- Un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné (1 site).
- Le nombre de lits d'hébergement de ce territoire se situe à 238. Il y a donc un excédent de 49 lits (Des Chenaux : 41, Normandie : 8). Le territoire devra s'ajuster à la balise de 4 %, soit 189 lits. Ainsi, avec les partenaires du territoire, des analyses se poursuivront sur la base des paramètres suivants : l'accessibilité, le profil de demande d'hébergement, la vétusté des installations actuelles et les coûts de rénovations selon les standards ministériels.

  Une décision sera prise sur l'endroit où sera ciblée la diminution de lits pour septembre 1996.

Le CHSLD Mékinac-Des Chenaux est exclu de la fusion par décision du ministre□:

« □J'accepte la fusion des CLSC Normandie et Des Chenaux, sans pouvoir me rendre d'emblée à la proposition de votre régie de fusionner les 2 CLSC et le CHSLD Mékinac/Des Chenaux. Votre proposition illustre par ailleurs clairement, votre compréhension de la nature des services de 1re ligne qui incluent les services en hébergement de longue durée pour les personnes vivant dans un nouveau chez-soi. Le nouveau CLSC et le CHSLD devront donc déposer à la Régie régionale un plan satisfaisant de gestion intégrée des services de 1re ligne.□»

Section 3.3
Territoire Centre-de-la-Mauricie *(population□: 69 000)*

Le territoire du Centre-de-la-Mauricie est un territoire fortement urbain. Au niveau démographique, on prévoit une légère décroissance de la population au cours des prochaines années.

Structure organisationnelle retenue

- Statu quo pour le CLSC.
- Fusion du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et du Centre hospitalier Sainte-Thérèse□:
  - 142 lits de soins de courte durée en santé physique;
  - 21 lits de soins de courte durée en santé mentale;
  - 15 lits de soins de courte durée en psychiatrie légale.

  Donc, 178 lits de soins de courte durée et 75 lits pour les services régionaux de longue durée en santé mentale.

Le nouvel établissement issu de la fusion se voit confier un mandat sous-régional en services de pédopsychiatrie (Haut Saint-Maurice), un mandat régional en psychiatrie légale et le mandat régional en services de longue durée, ce dernier sous réserve à la fois des résultats de l'évaluation et des recommandations du groupe d'experts ministériel, concernant les services de longue durée en santé mentale au Centre hospitalier Sainte-Thérèse et à l'Hôpital Saint-Julien.

Dans la perspective où le mandat régional en longue durée demeure sous la responsablité de ce nouvel établissement, celui-ci devra soumettre à la Régie une proposition sur les moyens qu'il mettra en oeuvre pour rendre lesdits services accessibles à toute la population régionale.

Le nouvel établissement est responsable de répondre par entente de services aux besoins médicaux en cliniques externes spécialisées pour la population du Haut Saint-Maurice et de Grand-Mère.

L'échéance de la fusion administrative est le 1er décembre 1996.

- Fusion du Centre hospitalier Laflèche de Grand-Mère et du CHSLD du Centre-de-la-Mauricie

  Le nouveau centre se voit confier une mission d'hébergement et de soins de longue durée, de réadaptation et de services ambulatoires. De façon spécifique, il dispose□:

  - de services d'hébergement□:
    - site Laflèche□: 107 lits;
    - site Dehauffe□: 160 lits;
    - site Joseph-Garceau□: 90 lits;
    - site Grand-Mère□: 53 lits.
  - de 6 lits de courte durée gériatrique;
  - de 7 lits d'observation 24/72 heures aux services d'urgence;
  - d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive de 13 lits;
  - de services de gériatrie et de centre de jour;
  - de services d'urgence mineure pour la clientèle ambulatoire sur le site actuel du Centre hospitalier Laflèche avec cliniques externes spécialisées via une entente de services avec le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de son territoire.

  L'échéance de la fusion administrative est le 1er septembre 1996.

- Un centre d'hébergement privé conventionné□: 64 lits.

Le ministre a approuvé les deux projets de fusion. Il apporte la précision suivante en ce qui concerne le nouvel établissement issu de la fusion du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et du Centre hospitalier Sainte-Thérèse□:

«□...je demande à ce nouvel établissement hospitalier de soins généraux et spécialisés et à son CMDP d'accepter comme membres, les spécialistes qui pratiquent dans le territoire du Haut Saint-Maurice.□»

Section 3.4
Territoire Les Forges *(population□: 85 200)*

Le territoire Les Forges est un territoire urbain. On prévoit une forte croissance de sa population au cours des prochaines années.

Structure organisationnelle retenue

- Un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés par la fusion des centres hospitaliers Sainte-Marie et Saint-Joseph sur 2 sites.

  Le nouvel établissement disposera de 510 lits pour assumer sa vocation sous-régionale ainsi que régionale pour certaines spécialités□:

  - 428 lits de soins de courte durée en santé physique;
  - 45 lits de soins de courte durée en santé mentale.

  La nouvelle corporation et la Régie devront procéder à une analyse financière devant clarifier les hypothèses□: un site ou 2 sites le plus rapidement possible; il importe que la nouvelle corporation dégage les orientations d'organisation clinique des services lesquels baliseront la démarche d'analyse financière.

  L'échéance de la fusion administrative est le 1er décembre 1996.

  Les travaux d'implantation du centre de cancérologie doivent reprendre conformément à la décision du 24 janvier 1995, sur le site de l'actuel Centre hospitalier Saint-Joseph.

- 1 CLSC;
- 1 CHSLD de 478 lits répartis sur 4 sites (Louis-Denoncourt, Joseph-Denys, Cooke et Gamelin (Bourget)).

  Le CHSLD Le Trifluvien et le Centre hospitalier Saint-Joseph devront effectuer la cession des activités pour le 1er octobre 1996 en ce qui concerne Gamelin (Bourget) - 134 lits.

Concernant ce territoire, le ministre apporte les précisions suivantes□:

«□J'accepte la recommandation de la Régie régionale de mettre sur pied un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés sur deux sites par la fusion des centres hospitaliers Sainte-Ma-

rie et Saint-Joseph de Trois-Rivières. La fusion de ces deux centres hospitaliers nécessite par ailleurs le désintéressement de la communauté religieuse du Centre hospitalier Saint-Joseph. J'exige que les représentants des deux centres hospitaliers déposent à la Régie régionale le plan d'organisation clinique du nouvel établissement. Ce plan ne devra comporter aucune duplication de quelque nature que ce soit. Il devra s'inscrire dans une véritable complémentarité, comprendre le plan des effectifs médicaux et faire l'objet d'un examen lors de l'émission des lettres patentes du nouvel établissement.

Je m'attends à ce que les gestionnaires et le corps médical prennent une part active au sein des travaux visant à réorganiser l'activité hospitalière dans le grand Trois-Rivières où les partenaires des territoires de Nicolet-Yamaska, Du Rivage et Valentine-Lupien seront étroitement associés. Je vous rappelle que l'objectif consiste à garantir l'accès et la qualité des services à la population que desservira désormais le nouveau centre hospitalier de cette sous-région. »

Section 3.5
Territoire Du Rivage *(population 50 000)*

Le territoire Du Rivage est un territoire urbain. On prévoit une forte croissance de sa population au cours des prochaines années.

Structure organisationnelle retenue

- Mise en place d'un nouvel établissement de type CLSC, par la fusion du Centre hospitalier Cloutier et du CLSC du Rivage localisé sur le site actuel du Centre hospitalier Cloutier :
  - services de première ligne;
  - services d'urgence 24 heures/7 jours;
    - 6 civières d'observation : 24/48 heures;
  - services de cliniques externes générales et spécialisées;
  - services diagnostiques et thérapeutiques;
  - services d'observation polyvalents :
    - 7 lits d'observation polyvalents : 24/72 heures;
  - services d'hospitalisation :
    - 10 lits d'hospitalisation de courte durée pour médecine familiale et gériatrie;
  - services d'hébergement et de soins de longue durée :
    - 176 lits.

L'échéance de la fusion administrative est le 1er décembre 1996.

Section 3.6
Territoire Nicolet-Yamaska *(population : 24 000)*

Le territoire Nicolet-Yamaska est un territoire plutôt rural. Au cours des prochaines années, on prévoit une décroissance de la population sur ce territoire.

Structure organisationnelle retenue

- Mise en place d'un nouvel établissement de type CLSC par la fusion du Centre hospitalier Christ-Roi, du CLSC Nicolet-Yamaska et des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

  - Foyer Nicolet (96 lits);
  - Saint-Célestin (50 lits);
  - Lucien-Shooner (59 lits).

  Les services offerts par le centre de santé et des services sociaux sont :

  - services de première ligne;
  - services d'urgence 24 heures/7 jours :

    · 6 civières d'observation : 24/48 heures.

  - services de cliniques externes générales et spécialisées;
  - services diagnostiques et thérapeutiques;
  - services d'observation polyvalents :

    · 7 lits d'observation polyvalents : 24/72 heures.

  - services d'hospitalisation :

    · 10 lits d'hospitalisation de courte durée pour médecine familiale et gériatrie;
    · 7 lits de courte durée en psychiatrie (transition de 2 ans).

  - services d'hébergement et de soins de longue durée :

    · 205 lits.

  L'échéance de la fusion administrative est le 1er décembre 1996.

Le ministre, toujours dans sa lettre du 3 juillet, apporte les précisions suivantes :

« J'accepte donc, tel que proposé, le plan que la Régie avec les partenaires mettront en place sur une période de trois ans. Il vous appartient d'établir la transition avec l'ensemble des partenaires du Trois-Rivières métropolitain, afin que le synchronisme que cela exige garantisse l'accès et la qualité des services à la population.

Dans Nicolet-Yamaska, je souscris au fait que l'organisation médicale de 1re ligne comptera parmi l'ensemble des services aux citoyennes et aux citoyens, une vingtaine de lits et civières d'observation, selon les précisions inscrites à votre plan.

De l'issu des travaux portant sur l'organisation des services en santé mentale, vous prévoyez donc évaluer les lits en psychiatrie sur ce territoire.

Enfin, le désintéressement de la communauté religieuse pour le Foyer de Nicolet doit être obtenu avant de procéder à la fusion des corporations. De plus, ce n'est qu'après une analyse comparative des coûts reliés aux travaux d'immobilisation que la régie décidera du transfert dans l'édifice du Centre hospitalier Christ-Roi ou du maintien du Foyer de Nicolet, des personnes qui y résident. »

Section 3.7
Territoire Valentine-Lupien *(population : 24 500)*

Le territoire Valentine-Lupien est un territoire plutôt rural. On y prévoit une décroissance de la population au cours des prochaines années.

Structure organisationnelle retenue

- Mise en place d'un nouvel établissement de type CLSC par la fusion du Centre hospitalier Comtois, du CLSC Valentine-Lupien et du centre d'hébergement de soins de longue durée de la MRC de Maskinongé de Louiseville.

  Le centre offrira les services suivants :

  - services de première ligne;
  - services d'urgence 24 heures/7 jours :
    - 6 civières d'observation : 24/48 heures.
  - services de cliniques externes générales et spécialisées;
  - services diagnostiques et thérapeutiques;
  - services d'observation polyvalents :
    - 6 lits d'observation polyvalents : 24/72 heures.
  - services d'hospitalisation :
    - 10 lits d'hospitalisation de courte durée pour médecine familiale et gériatrie.
  - services d'hébergement et de soins de longue durée :
    - 167 lits.

  L'échéance pour la fusion administrative est le 1er décembre 1996.

Section 3.8
Territoire Les Blés d'Or *(population : 19 300)*

Le territoire Les Blés d'Or est fortement rural. Il connaîtra, au cours des prochaines années, une faible décroissance de sa population.

Structure organisationnelle retenue

Fusion du CLSC Les Blés d'Or et des centres d'hébergement et de soins de longue durée Foyer de Fortierville et Foyer Romain-Becquet inc. (un seul conseil d'administration de type CLSC) :

- deux points de services;
- services de première ligne;
- services d'hébergement et de soins de longue durée (2 sites).

L'échéance de la fusion administrative est le 1er septembre 1996.

- un centre d'hébergement et de soins de longue durée le Foyer Deschaillons (44 lits);
- le nombre de lits d'hébergement et de soins de longue durée pour ce territoire est de 115 lits.

Section 3.9
Territoire De L'Érable
(population : 24 700)

Le territoire de l'Érable se caractérise par son aspect mi-urbain, mi-rural. La population du territoire sera en légère décroissance au cours des prochaines années.

Structure organisationnelle retenue

- Actualisation de l'intégration des centres d'hébergement regroupés au CLSC (un conseil d'administration de type CLSC) :
  - services de première ligne
  - services d'hébergement et de soins de longue durée, 111 lits sur 4 sites.

  Quant à l'excédent de lits (31) sur ce territoire, la Régie, avec le CLSC De l'Érable et l'Hôpital Saint-Julien, poursuivra les analyses sur la base des paramètres suivants : l'accessibilité, le profil de demandes d'hébergement, la vétusté des installations et les coûts des rénovations, selon les standards ministériels. Une décision sera prise sur l'endroit où sera ciblée la diminution des lits pour septembre 1996.

- 1 CHSLD Foyer Sacré-Coeur, 47 lits.
- L'Hôpital Saint-Julien fera l'objet d'une étude spécifique quant à sa mission future.

Section 3.10
Territoire Suzor-Côté
(population : 63 200)

Le territoire Suzor-Côté se caractérise par son aspect plutôt urbain. Au plan démographique, ce territoire présentera une légère croissance.

Structure organisationnelle retenue

- Statu quo pour le CLSC Suzor-Coté.
- Statu quo pour l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés :
  - 178 lits de courte durée et 21 lits de courte durée psychiatrique;
  - services d'urgence et de cliniques externes spécialisées.
- Un centre d'hébergement et de soins de longue durée :
  - ouverture à Kingsey-Falls d'un point de services pour les aînés et d'un point de chute du CLSC;
  - unité de réadaptation fonctionnelle intensive : 12 lits.
- Un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné.

Le nombre de lits d'hébergement sur le territoire est de 324 lits. Les analyses de la Régie devront se poursuivre avec les partenaires du territoire sur deux volets : la demande de rénovations adressée à la Régie par le propriétaire du Foyer Saints-Anges et la stratégie de la Table de concertation quant aux services alternatifs à l'hébergement et aux soins de longue durée. La décision sera prise en septembre 1996.

Section 3.11
Territoire Drummond *(population : 85 300)*

Le territoire Drummond est le plus populeux de la région avec une forte composante urbaine. Au cours des prochaines années, ce territoire connaîtra une croissance de sa population.

Structure organisationnelle retenue

- Statu quo pour le CLSC Drummond.
- Statu quo pour le Centre hospitalier Sainte-Croix (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés) :
  - 171 lits de courte durée et 20 de courte durée psychiatrique;
  - services d'urgence et de cliniques externes spécialisées.

  Le centre hospitalier a le mandat de rehausser ses services spécialisés.
- Un centre d'hébergement de soins de longue durée :
  - 457 lits d'hébergement (3 sites);
  - unité de réadaptation fonctionnelle intensive - 12 lits.

Section 3.12
Les établissements régionaux

La région compte également des établissements à caractère régional. Tous donnent des services spécialisés à l'intérieur d'une gamme de services identifiés par programme-clientèle. Les établissements régionaux offrent, pour la plupart, une partie ou parfois même la totalité de leurs services de façon décentralisée sur les différents territoires de la région Mauricie-Bois-Francs.

Les Centres Jeunesse Mauricie-Bois-Francs, le Centre InterVal et le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie-Bois-Francs n'ont fait l'objet d'aucune modification structurelle. Pour sa part la situation du Centre hospitalier Sainte-Thérèse a été traitée dans la section du Centre-de-la-Mauricie. Nos indications porteront donc uniquement sur le Centre Domrémy 04.

Centre Domrémy 04

Le Centre Domrémy 04 devra examiner la structure organisationnelle la plus efficiente pour rencontrer sa mission, tout en protégeant les services aux usagers. L'option de rapprochement des services d'hébergement et de réadaptation en interne avec un autre établissement offrant des services analogues est à examiner.

Section 3.13
Autres organismes avec mission spécifique

La région 04 compte deux établissements avec mission spécifique, soit le Centre l'Aubier inc. et l'Hôpital Saint-Julien.

Le Centre l'Aubier inc.

Le Centre l'Aubier est un centre privé conventionné en déficience intellectuelle qui possède un permis de 50 lits.

Il devra procéder à l'intégration de tous ses usagers et présenter un plan d'intégration à la Régie d'ici juin 1996. À défaut de présenter un tel plan, l'établissement sera soumis à une procédure de rachat de permis. Les usagers seront intégrés dans le réseau public.

L'Hôpital Saint-Julien

Un groupe d'experts mandaté par le ministre a la tâche de faire des recommandations à la Régie et au ministre en regard de la mission de l'Hôpital Saint-Julien.

La mission de cet hôpital et le nombre de lits seront précisés lorsque le groupe aura remis son rapport final.

Cependant, du premier rapport de visite, on peut déjà conclure qu'il n'y aura pas de mission en psychogériatrie ni de mission régionale en psychiatrie. Le rapport insiste également sur la nécessité d'une évaluation externe des bénéficiaires et sur l'urgence de mettre en place des programmes de réinsertion sociale tant pour la clientèle de déficience intellectuelle que pour celle de la santé mentale.

Chapitre 4
LES IMPACTS DE LA TRANSFORMATION

Section 4.1
Les impacts financiers

Portrait régional des ressources financières disponibles

Pour offrir des services de santé et des services sociaux à une population d'environ 488 000 (1996), la région dispose d'une enveloppe globale de l'ordre de 592,3 millions $, soit un per capita de près de 1 213 $. À ce montant s'ajoutent les coûts défrayés par la Régie d'assurance-maladie du Québec (rémunération des médecins, médicaments, etc.) ainsi que les coûts des services consommés par la population de la Mauricie–Bois-Francs, à l'extérieur de la région.

Le programme « santé physique », incluant les services préhospitaliers, accapare à lui seul 262,9 millions $ soit 44,38% de toutes les ressources de la région. Le deuxième programme en importance est celui des « personnes âgées en perte d'autonomie » avec un budget de 168,1 millions $ soit 28,39 % de l'enveloppe régionale. Si on prend en considération les services offerts en « santé mentale » de l'ordre de 37,7 millions $, ces trois programmes mobilisent, à eux seuls près de 80 % des ressources régionales.

Orientations, engagements et obligations

Contribution régionale à l'assainissement des finances publiques

Compte tenu de l'évolution technologique, des modifications des habitudes de consommation, il nous apparaît possible que le processus de transformation, tant au niveau des structures que des façons de dispenser les services, puisse apporter les économies que requiert, pour le moment, l'assainissement des finances publiques.

Sur un horizon de trois ans, soit pour les exercices financiers 1996-1997, 1997-1998 et 1998-1999, nous prévoyons que l'assainissement des finances publiques devrait requérir une contribution nette de notre région de l'ordre de 28,15 millions $. De plus, il nous apparaît essentiel de disposer d'une marge de manoeuvre suffisante pour assumer les responsabilités associées à l'actualisation des seize stratégies d'action prioritaires, ainsi que pour répondre à des besoins nouveaux ou en émergence considérant, entre autres, le vieillissement de la population.

Besoins nouveaux ou en émergence

Assises premières de la transformation de l'offre de services, les orientations déjà prises antérieurement, notamment dans le « Projet INTER », ainsi que les mesures relevant de l'actualisation des seize stratégies d'action prioritaires trouvent réponse dans des investissements de l'ordre de 36 millions $ et ce, afin de répondre aux besoins nouveaux ou en émergence.

Pour concrétiser le plan de transformation et atteindre les objectifs de résultats découlant des engagements pris antérieurement, des budgets de développement seront consentis dans certains secteurs privilégiés qui sont présentés au tableau 13. Le financement des mesures à actualiser sera assuré grâce à des réallocations budgétaires et à des économies découlant de la transformation de l'offre de services.

Conséquemment, le développement requis de 36 millions $ ainsi que la contribution nette exigée de 28,15 millions $ reliés à l'assainissement des finances publiques, nécessitent une réduction des dépenses de l'ordre de 64,15 millions $.

À cet égard, la contribution nette de 28,15 millions $ est constituée d'une diminution effective de notre niveau de budgétisation à savoir, une réduction de 34,4 millions $ sur une période de trois ans des allocations budgétaires accordées à notre région par le ministère et ce, selon des paramètres d'équité interrégionale fixés par ce dernier. De plus, s'ajoute un accroissement de coûts estimé à 16,25 millions $ sans financement additionnel de la part du ministère. Cet accroissement de coûts ne tient pas compte des variations associées aux coûts du système. Il est constitué essentiellement des augmentations des coûts de la main-d'oeuvre. Toutefois, sur la base de l'équité interrégionale, notre région se voit attribuer une réallocation de 22,5 millions $ en provenance du Ministère.

Tableau 13
Développement adopté
1996-1997 à 1998-1999

Services	($)	(%)
Soutien à la personne et à sa famille	3 600 000	9,00
Services de maintien à domicile	8 450 000	21,12
Prévention et promotion	5 850 000	14,63
Organismes communautaires	3 600 000	9,00
Consolidation des services dans la communauté	3 300 000	8,25
Consolidation des programmes	7 600 000	19,00
Rapatriement de la clientèle et services spécialisés	5 600 000	14,00
Autres priorités régionales	2 000 000	5,00
Sous-total	**40 000 000**	**100,00**
Développement reportés en 1999-2001	(4 000 000)	(10,00)
Total	**36 000 000**	**90,00**

Compte tenu de cette réallocation interrégionale, notre contribution nette à l'assainissement des finances publiques en est réduite d'autant et elle passe de 50,65 millions $ à 28,15 millions $. Le tableau 14 illustre la façon dont est constituée notre contribution nette à l'assainissement des finances publiques.

Les sources de financement à pourvoir

Les économies générées par la transformation de l'offre de services reposent essentiellement sur deux principaux axes à savoir, une réduction significative des lits d'hospitalisation et d'hébergement institutionnel ainsi que le financement de l'utilisation de ces ressources en fonction d'un niveau attendu de performance découlant entre autres d'une transformation des structures.

Les dix centres hospitaliers de courte durée et les centres d'hébergement et de soins de longue durée sont donc particulièrement interpellés. Les économies générées de 53,75 millions $, soit respectivement 40,27 millions $ et 13,48 millions $, représentent 83,8 % des objectifs financiers qui sont évalués à 64,15 millions $.

Ces établissements assument actuellement la gestion de ressources financières de l'ordre de 397,8 millions $, ce qui représente 67,2 % de la totalité de l'enveloppe budgétaire de notre région.

Contribution du programme « santé physique »

Ressources financières disponibles

Les dix centres hospitaliers de courte durée de la région disposaient en 1995-1996 d'un budget de l'ordre de 286,3 millions $. De ce montant, environ 24,4 millions $ sont consacrés au programme « personnes âgées en perte d'autonomie ». Considérant l'orientation prise par la Régie en mai 1995 lors de l'adoption du document portant sur la transformation de l'offre (CARR-95-28), la gestion de l'ensemble des ressources consacrées à ce programme sera prise en charge par d'autres catégories d'établissements. La fermeture de lits d'hébergement dans certains hôpitaux de courte durée situés dans des territoires où le nombre de lits est excédentaire a déjà été décidée en mai dernier lors de l'application des compressions budgétaires 1995-1996.

Les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires ainsi qu'un établissement à vocation régionale disposent d'une enveloppe budgétaire de 252,9 millions$ pour dispenser des services dans le programme de santé physique. Ce qui représente 42,7% de l'enveloppe régionale.

Économies attribuables au programme « santé physique »

Les économies potentielles engendrées par la transformation de l'offre de services dans les centres hospitaliers se traduisent par un montant de 47,72 millions $. Toutefois, on doit soustraire les réallocations de 7,45 millions $ déjà prévues afin de soutenir le rehaussement du plateau technologique et répondre, entre autres, à une clientèle nécessitant une gamme de services plus spécialisés. Donc, les mesures reliées à la transformation de l'offre de services se traduisent par une économie nette de 40,27 millions $.

Contribution du programme « personnes âgées en perte d'autonomie »

Ressources financières disponibles

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région disposent d'un budget de l'ordre de 111,5 millions $. De ce montant, 111,2 millions $ sont consacrés au programme « personnes âgées en perte d'autonomie » et 0,3 million $ au programme « déficience intellectuelle ».

Tableau 14
Résultat net de la transformation

Les obligations et engagements de la région	($)	($)
La contribution nette à l'assainissement des finances publiques		
Réduction des dépenses	34 400 000	
Autofinancement de l'accroissement des coûts	16 250 000	
Sous-total	**50 650 000**	
Réallocation interrégionale de la part du MSSS	(22 500 000)	28 150 000
Développements		
Dans le cadre de la transformation	33 150 000	
Autres obligations (décision du 15 mai 1996)	6 850 000	
Sous-total	**40 000 000**	
Report de certains développements en 1999-2001*	(4 000 000)	36 000 000
Total des obligations et engagements		**64 150 000**
Les sources de financement	**($)**	**($)**
Économies réalisées par la transformation du programme de santé physique		40 270 000
Économies nettes réalisées par la transformation du programme personnes âgées en perte d'autonomie	22 515 000	
Financement alourdissement de la clientèle	(9 035 000)	13 480 000
Économies totales réalisées par la transformation		**53 750 000**
Contribution à prévoir d'autres catégories d'établissements (décision du 15 mai 1996)		**10 400 000**

* Si la réalisation de la transformation donne des économies plus rapidement qu'anticipé, ces développements pourraient se réaliser avant l'échéancier prévue (entre 1996-1997 et 1998-1999).

Compte tenu que les centres hospitaliers de courte durée disposent d'un budget de 24,4 millions $, qu'un établissement à vocation régionale offre des services en hébergement pour 1,3 million $ et que les douze centres locaux de services communautaires disposent d'un budget de 11,6 millions $ pour offrir des services d'hébergement, de 1,0 millions $ pour les services de centre de jour et de 18,7 millions $ pour offrir des services de maintien à domicile, l'assiette budgétaire pour ce programme totalise 168,2 millions $.

La répartition des ressources financières disponibles entre les différentes catégories de services fait ressortir que les services d'hébergement institutionnel monopolisent 79,38 % des ressources consenties dans ce programme.

Économies attribuables au programme « personnes âgées en perte d'autonomie »

La transformation de l'offre de services au niveau de ce programme génère des économies potentielles de 22,5 mil-

lions $. Des allocations budgétaires de l'ordre de 9,0 millions $ sont consenties pour faire face à l'accroissement des besoins de la clientèle. Conséquemment, des économies nettes de l'ordre de 13,48 millions $ pourront être dégagées.

Contribution du programme « santé mentale »

Ressources financières disponibles

Les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers de courte durée et les établissements à vocation régionale disposent d'un budget de 37,7 millions $ pour dispenser des services de santé mentale. Par ailleurs, si on exclut les services sociaux courants offerts par les CLSC, l'enveloppe régionale totalise 32,2 millions $.

Les ressources financières que l'Hôpital Saint-Julien consacre aux services de santé mentale offerts n'ont pu être spécifiquement identifiées. Elles sont donc comptabilisées pour le moment dans le programme de déficience intellectuelle. Par ailleurs, il est prévu que des travaux seront entrepris afin d'identifier les contours financiers de l'ensemble des activités de cet établissement.

Transformation et réallocations budgétaires

Les mesures devant être mises en place afin de répondre aux impératifs de la transformation de l'offre de services requièrent les allocations budgétaires apparaissant au tableau 15.

Les sources de financement pour assurer la réalisation de ces mesures devront provenir des budgets actuellement consentis aux établissements concernés. Des travaux seront conduits au cours des prochains mois afin de déterminer la contribution financière attendue de chacun des partenaires.

Par ailleurs, le projet de transformation prévoit déjà des ressources pour l'équivalent de 15 lits de courte durée en psychiatrie pour financer en partie les services à mettre en place.

On ne prévoit donc aucune contribution financière de ce programme à l'assainissement des finances publiques dans le cadre du projet de transformation. Cependant, certains établissements non touchés par la transformation seront appelés à contribuer à l'effort de réduction des dépenses qui est exigé à la région. Cette contribution sera connue le 15 mai 1996 lors de la répartition des compressions budgétaires de l'exercice 1996-1997.

Tableau 15
Allocations budgétaires prévues

Mesures	Allocations requises ($)
Services de base	
Implantation de 11 groupes de base en CLSC	2 175 000
Réadaptation, réintégration et maintien dans le milieu	
Implantation de services de réadaptation spécialisés de 2e ligne dans 5 zones de coordination	2 400 000
Développement d'alternatives à l'hospitalisation	220 000
Total	**4 794 000**

Sommaire des économies attribuables à la transformation

L'ensemble des mesures d'économies mises de l'avant en regard des programmes clientèles (santé physique et personnes âgées en perte d'autonomie) se traduit par une réduction des dépenses de l'ordre de 62,75 millions $.

Les réallocations prévues pour l'alourdissement de la clientèle en regard des services à dispenser aux personnes âgées étant de l'ordre de 9,0 millions $, des économies nettes de 53,75 millions $ devraient être réalisées.

Contribution additionnelle à prévoir

Toutefois, les économies prévues de 53,75 millions $ aux programmes précédemment présentés ne permettent pas de dégager une marge de manoeuvre suffisante pour rencontrer les objectifs de réduction de dépenses ainsi que le financement requis pour les besoins nouveaux ou en émergence. Les besoins globaux de financement étant de 64,15 millions $, d'autres mesures d'économies au niveau des autres catégories d'établissements et autres programmes devront donc être envisagées afin de combler le manque à gagner de l'ordre de 10,4 millions $. Les paramètres financiers devant servir à répartir ce montant seront connus le 15 mai prochain lors de l'adoption des compressions budgétaires 1996-1997.

Les paramètres d'allocations budgétaires

Les principes, issus des orientations et décisions antérieures, ont servi de toile de fond à l'approche de financement de services et activités prévus dans le cadre du projet de transformation proposé. Pour l'essentiel, certains de ces principes trouvent leur origine dans le «□projet INTER□».

Rappelons-en quelques uns:

- Allocation des ressources sur une base territoriale. À cet égard, les douze territoires de CLSC sont subdivisés en sept territoires de concertation et en cinq territoires pour le programme «santé physique»;
- Allocation des ressources selon une approche populationnelle (en fonction des populations à desservir et de leurs besoins).
- Allocation des ressources par programme clientèle;
- La réduction des écarts en termes d'accessibilité aux services et de disponibilité des ressources (équité intrarégionale).
- L'obtention de gains d'efficacité et d'efficience de la part de l'ensemble du réseau.

Programme «□santé physique□»

Clientèle hospitalisée

Un des changements majeurs qu'introduit le plan de transformation de l'offre de services, c'est la réduction des plus significatives du nombre de lits requis au niveau de l'hospitalisation.

Sur la base du postulat qu'un ratio de 2 lits par 1□000 habitants répond aux besoins, le nombre de lits requis pour la région s'établit à 990, soit une réduction de 560 par rapport aux 1 550 lits actuellement autorisés aux permis des établissements.

L'adéquation entre l'accessibilité des services et la disponibilité des ressources devant être un principe d'équité territoriale, les indicateurs suivants ont été retenus pour la répartition, au niveau des territoires, des lits d'hospitalisation.

Les données populationnelles sur la base d'une projection de la population de l'an 2001 ont été utilisées. Toutefois, on n'était pas en mesure d'introduire des indicateurs de besoins devant servir à pondérer la population. Des travaux en cours, permettront de raffiner les paramètres servant à la construction d'un indicateur de besoins propre à la santé physique.

Compte tenu des particularités régionales et des habitudes de consommation, un taux de rétention spécifique à chacune des régions a été utilisé afin de déterminer la population à desservir. Dans la poursuite d'un objectif de résultat d'autosuffisance, un taux de rétention régionale de 87□% a été retenu.

Un taux d'hospitalisation de 100,03, une durée moyenne de séjour de 7□jours, les jours d'hospitalisation de la clientèle hors-région et un taux d'occupation des lits de 88 % sont les autres paramètres utilisés pour fins de détermination du nombre des lits d'hospitalisation requis. À l'exception du territoire Haut St-Maurice, ces derniers ont été utilisés uniformément.

En référence au bilan lits requis, les calculs utilisés pour la détermination d'un niveau de financement adéquat pour assumer les activités et les services en lien avec la clientèle hospitalisée, ont pris en considération les éléments suivants:

- Utilisation d'un coût de production uniforme basé sur le postulat que les services dispensés étant identiques, ils devraient générer des coûts de production similaires.
- Détermination d'un coût de production moyen pondéré diminué de certains recouvrements de coûts tels que les suppléments de chambre, CSST et autres.
- Attribution d'un financement de 345,34 $ par jours présence en fonction d'un taux d'occupation des lits de 88 %.

Clientèle ambulatoire

L'hypothèse de travail est que la population devra être desservie par son territoire pour tous les services de type ambulatoire à l'exception de ceux du niveau tertiaire. Par ailleurs, contrairement à la clientèle hospitalisée où l'on dispose des données sur les habitudes de consommation, aucune donnée permettant d'identifier la mobilité de cette clientèle n'est disponible.

Le financement des services ambulatoires est octroyé en tenant compte des éléments suivants:

- La population à desservir doit correspondre à la population résidente du territoire.

- Calcul d'un per capita pondéré sur la base d'un niveau attendu de performance, soit le per capita le moins élevé majoré de 10 %.
- Financement spécifique accordé pour certaines particularités.
- Attribution d'un financement uniforme d'un per capita de 150 $ selon la projection de la population de l'an 2001.

Cette approche nous a permis donc de redistribuer l'enveloppe budgétaire de sorte que chaque territoire disposera désormais d'un niveau de financement équitable et comparable, tout en permettant de tendre vers un taux de consommation de 100 % de la population résidente.

Les services de niveau tertiaire

Le projet de transformation de l'offre de services prévoit une organisation régionale de services de niveau tertiaire. Ces services couvrent essentiellement la neurochirurgie, la néphrologie et la cancérologie. Pour la clientèle hospitalisée, le projet de transformation prévoit 20 lits de courte durée pour couvrir lesdits services et plus particulièrement ceux en neurochirurgie et en néphrologie. Pour le financement de ces services, la méthodologie retenue est la même que celle utilisée pour les autres lits d'hospitalisation.

Toutefois, les coûts de production ont été majorés de 30% afin de tenir compte du niveau d'intensité des ressources utilisées que requièrent ces services spécialisés.

En ce qui concerne la clientèle ambulatoire, le projet de transformation a identifié les services en dialyse comme étant un des services de niveau tertiaire. Nous avons donc déterminé qu'une enveloppe de 5,8 millions $ était requise au niveau régional pour dispenser ces services dont un montant de 4,2 millions $ est déjà attribué à ces services à même le budget 1995-1996 du Centre hospitalier St-Joseph de Trois-Rivières.

De plus, nous avons prévu, un montant de 0,7 million $ pour des services ambulatoires découlant du volet externe des services en néphrologie et neurochirurgie en lien avec la mission régionale que le CH de Trois-Rivières aura à assumer.

Autres financements

D'une part, le projet de transformation introduit certaines mesures bien spécifiques et, d'autre part, certaines particularités territoriales doivent faire l'objet d'un traitement particulier.

Le financement nécessaire pour assurer la réalisation de ces mesures d'exception ou de particularités régionales, se traduit par les allocations budgétaires suivantes qui sont de l'ordre de 3,5 millions $□:

- L'octroi d'un budget de 1,8 million $ au CH St-Joseph de La Tuque pour compenser les coûts de production supérieurs causés par des facteurs comme l'absence de masse critique, l'éloignement et les besoins spécifiques de la clientèle desservie dans le territoire du Haut St-Maurice.
- Un budget de 600 000 $ est octroyé au CH Régional de la Mauricie afin de permettre l'établissement d'un corridor de services et la prise en charge des activités et services spécialisés en santé physique et en santé mentale pour la clientèle du territoire du Haut St-Maurice.
- Pour permettre l'implantation de 27 lits d'observation 24/72 heures aux services d'urgence dans quatre établissements, des allocations budgétaires de 810 000 $ sont accordées. Le financement requis est basé sur un coût annuel moyen par lit de 30□000□$.
- Compte tenu des frais fixes inhérents à une sous-utilisation des installations matérielles découlant du projet de transformation, le CH Comtois se voit attribuer un budget de 300 000 $ lui permettant ainsi d'être en mesure de remplir ses obligations.

Budget de rehaussement de services

Compte tenu que le virage ambulatoire aura un impact sur le niveau des ressources utilisées, un accroissement des coûts de production est prévisible. Pour permettre aux cinq centres hospitaliers de courte durée de faire face à ces accroissements de coûts, le financement de base est accru de 5 %. Cet ajustement des allocations budgétaires se traduit par un financement additionnel de 7,45 millions□$.

Toutefois, compte tenu des résultats des travaux concernant l'introduction d'un indicateur de besoin servant à pondérer la population, la répartition territoriale des lits d'hospitalisation sera revue, de même que la population servant de base aux calculs des budgets à attribuer pour les services ambulatoires.

Donc, la contribution exigée des établissements pour l'assainissement des finances publiques pour les années 1997-1998 et 1998-1999 sera ajustée en conséquence.

Programme «□personnes âgées en perte d'autonomie□»

À juste titre, comme pour la réduction du nombre de lits d'hospitalisation, le plan de transformation vise essentiellement une réduction du nombre de lits d'hébergement institutionnel.

Un choix ayant été arrêté sur une balise de 4 lits par 100 personnes âgées, et ce, sur la base de la projection de la population de l'an 2001, il en résulte que l'utilisation des lits d'hébergement devra se limiter à 2□822 lits entraînant une fermeture de 422 lits sur les 3□244 lits figurant actuellement aux permis des établissements.

De plus, la détermination du nombre de lits et leur répartition par territoire résultent de l'utilisation d'un indicateur de besoin servant à pondérer la population.

Afin que les conditions de succès de cette transformation soient présentes, certaines mesures seront mises en place, notamment la consolidation des services de maintien dans le milieu et l'implantation de services spécialisés de réadaptation dans tous les territoires.

Parallèlement, comme autres mesures, l'ouverture de 40 lits d'hébergement temporaire est prévue ainsi que l'implantation de 51 lits d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive en sus des 40 lits existants (lits en déficience physique inclus).

Les paramètres financiers qui ont été retenus pour assurer un financement adéquat de la gamme de services sont décrits ci-dessous.

Lits d'hébergement institutionnel

Lors de l'attribution d'un financement basé sur un coût annuel moyen de 42□000 $ par lit, les paramètres financiers suivants ont été pris en considération:

- Actuellement, selon l'évaluation «□PLAISIR□», la moyenne des heures-soins requises se situe à 3,3 heures par période de 24 heures pour notre région. Compte tenu d'une utilisation accrue des ressources alternatives, un accroissement des heures-soins requises d'environ 10 % est prévu.
- L'atteinte d'un taux de réponse aux besoins de 75 %;
- L'utilisation optimale des ressources humaines au niveau des structures d'effectifs (répartition entre professionnels et non professionnels) qui dispensent des soins infirmiers et d'assistance.
- Une consolidation des services thérapeutiques notamment les services psychosociaux et de réadaptation;
- Un taux d'occupation visé de 98 %.
- Une productivité accrue au niveau des services administratifs et de soutien.

Lits d'hébergement temporaire

Un budget de développement de 1,1 million $ est prévu pour financer l'ouverture de 40 lits d'hébergement temporaire. Ces lits sont financés sur la base d'un coût annuel moyen par lit de 26 000 $. La détermination de ce coût de production tient compte, entre autres, de facteurs tels que la variation du taux d'occupation et du degré d'autonomie de la clientèle.

Lits de réadaptation fonctionnelle intensive

L'attribution d'un financement basé sur un coût annuel moyen par lit de 20□000□$ est octroyée pour développer les services requis pour une unité de réadaptation fonctionnelle intensive, et ce, en sus du 42 000 $ de financement octroyé pour l'hébergement institutionnel. À cet égard, pour les programmes personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique, un budget de développement de 2 millions $ est prévu.

Autres services

La consolidation des services de maintien dans le milieu étant une condition de succès quant à l'atteinte des résultats préconisés par le projet de transformation, des sources de financement importantes sont consenties dans le cadre de l'équité territoriale.

Pour les lits d'hébergement institutionnel, temporaire et de réadaptation fonctionnelle intensive, des travaux sont en cours afin de bonifier la méthodologie de détermination d'un budget standard pour ceux-ci.

Écarts des économies prévues entre le projet initial et le projet révisé

Le projet de transformation présenté au mois de janvier 1996 prévoyait des économies nettes de l'ordre de 71,6 millions $. Ces économies étaient constituées telles qu'indiquées au tableau 16.

Suite aux consultations effectuées dans le cadre des audiences publiques et aux travaux de validation effec-

Tableau 16
Économies réalisées

	($)
Santé physique	50 831 819
Services aux personnes âgées	20 576 503
Services en santé mentale	220 449
Total	**71 628 771**

tués en collaboration avec les établissements, des modifications ont été apportées au projet initial.

Ces modifications se sont traduites par des économies moindres de l'ordre de 8,8 millions $ par rapport à celles escomptées initialement. En effet, les économies que nous prévoyons réaliser se chiffrent à 62,8 millions $ comparativement à 71,6 millions $. Cet écart est constitué essentiellement des éléments suivants:

- Ajout de 52 lits de courte durée physique : 5,7 millions $.
- Révision de l'assiette budgétaire et perte de revenus : 2,9 millions $.
- Rehaussement des services ambulatoires des établissements appelés à changer de vocation : 2,0 millions $.
- Enfin, le réinvestissement des économies initialement prévues au niveau des services en santé mentale : 0,2 million $.
- Économies suppémentaires en provenance du programme aux âgées : 1,9 million $.

Section 4.2
Les ressources humaines

La transformation envisagée dans la région est majeure. Et si le but de cette transformation est de maintenir et d'améliorer les services aux personnes, force est de constater que d'autres personnes sont aussi au coeur de cette démarche : ce sont les employés de soutien, les techniciens, les professionnels, les médecins et les cadres qui oeuvrent dans les établissements du réseau.

Le portrait sommaire de la main-d'oeuvre, dans la région

Un total de 16 665 salariés et cadres et environ 650 médecins sont à l'oeuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux dans la région. De ce nombre, 12 198 détenaient un poste au 31 mars 1995 (voir le tableau 17).

Tableau 17
Tableau des personnes détentrices
de poste au 31 mars 1995

Catégories	Temps complet	Temps partiel	Total
Cadres	715	108	823
Salariés	6 748	4 627	11 375
Total	**7 463**	**4 735**	**12 198**

Près de 93 % des titulaires de poste ont plus de deux ans de service dans le réseau. De 1991 à 1995, le volume d'heures travaillées par l'ensemble des salariés et des cadres (voir le tableau 18) n'a diminué que de 0,1 %.

Tableau 18
Heures travaillées (en milliers)

Années	Cadres	Salariés	Total
1991-1992	1 335	16 170	17 505
1994-1995	1 176	16 144	17 320
Variation	**-159**	**-26**	**-185**

AGIR AVEC LE MONDE AGIR POUR LE MONDE

Pour leur part, les quelque 4 465 personnes oeuvrant dans le réseau sur une base occasionnelle ont effectué environ 16,6□% de toutes les heures régulières travaillées, en 1994-1995. Il s'agit d'heures faites pour remplacer le personnel (maladie, congé de maternité, congé à traitement différé, etc.), pour combler des surcroîts temporaires de travail ou pour effectuer des contrats à durée limitée.

Les impacts sur la main-d'oeuvre

Lorsque l'on songe que 77,7□% des dépenses des établissements se rapportent à la masse salariale, il est aisé d'en déduire que les transformations envisagées auront un impact majeur sur les personnes à l'oeuvre dans le réseau.

Insécurité et nouveau contexte de travail

Il va sans dire que dans le contexte actuel, il existe une forte insécurité chez bon nombre de personnes à l'emploi des établissements en cause. Mais cette insécurité devrait aller en décroissant au fur et à mesure que les décisions structurelles seront prises, que les plans d'actualisation seront connus, et, surtout, que les processus entraînant la réaffectation du personnel seront complétés.

Un autre impact qualitatif important a trait aux changements qui seront apportés au travail même des personnes restant à l'emploi : nouvelles tâches, nouvelles équipes, nouvelles approches de travail, nouveaux employeurs, etc.

Le sens des responsabilités et la capacité d'adaptation du personnel et de leurs représentants seront donc largement mis à contribution, de même que les habiletés de gestion de chaque administration d'établissement.

Lorsque vient le temps de quantifier les impacts, une mise en garde s'impose : les chiffres qui suivent constituent des estimations, fondées sur des calculs de moyennes. Ils sont fiables lorsque l'on considère des grands ensembles. Cette fiabilité diminue lorsque vient le temps de regarder chaque situation particulière. Seul un examen détaillé des situations propres à chaque établissement, tenant compte du profil de sa main-d'oeuvre, de son organisation de travail et des modifications envisagées, pourra donner une image exacte des répercussions de la transformation sur les ressources humaines au cours des prochaines années. Les plans locaux de main-d'oeuvre, livrés à l'automne 1996 par les établissements, devraient offrir cet éclairage.

Impacts calculés en équivalence de poste

De façon globale, il est estimé que le projet de transformation et les réductions de dépenses 1996-1999 toucheront quelque 1 270 postes équivalents temps plein (ETP) dont 700 ETP en réduction et 570 postes ETP seront réalloués.

Bien qu'il soit hasardeux d'avancer avec précision quels types d'emploi seront davantage touchés par les transformations proposées, il est déjà possible d'entrevoir que, dans certains territoires, les employés généraux et les techniciens oeuvrant dans les services diagnostiques et de soutien seront affectés. De même, il est certain que le personnel d'encadrement sera touché de façon particulière étant donné la diminution du nombre d'instances organisationnelles et les nouvelles tendances de gestion qui militent en faveur d'une réduction du taux d'encadrement. Enfin, tout porte à croire qu'un titre d'emploi tel celui d'infirmière-auxiliaire pourrait se retrouver en surplus de façon importante.

Quant au personnel médical, les modifications structurelles proposées appellent une révision en profondeur des plans d'effectifs médicaux des établissements. Les impacts sont inconnus pour l'instant.

Impacts en termes de nombre de titulaires de poste

Théoriquement, la réduction nette de postes ETP correspond à un surplus de 770 titulaires de poste à temps complet ou à temps partiel. De ce nombre, on estime que 11□% sont des cadres. Toutefois, ce surplus sera atténué au cours des trois prochaines années par la combinaison d'un ensemble de facteurs dont notamment :

- Le nombre de personnes qui quitteront le réseau pour une préretraite, une retraite ou un changement de carrière et qui, conséquemment, libéreront des postes pouvant ainsi être abolis sans mise à pied ou pouvant être comblés par des personnes mises à pied.
- Le nombre de postes gardés vacants par les établissements au cours des derniers mois, dont une partie pourra être éventuellement affichée.
- Le nombre de postes qui pourront être créés par la conversion en postes, d'heures faites par du personnel occasionnel à des fins de remplacement ou de surcroît de travail; une cible de 10 % des heures est envisagée.
- Le nombre de postes qui pourront être créés par la conversion en postes d'heures faites en temps supplémentaire ou par de la main-d'oeuvre indépendante; une cible de 25□% est fixée pour les deux éléments.

- Le nombre de personnes détentrices de poste qui, après avoir été mises à pied, pourront être replacées dans un poste vacant ou un nouveau poste; le nombre dépend en bonne partie de la rigueur et de l'efficacité avec lesquelles les mesures de replacement, d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre seront appliquées dans la région. Mis à part certains titres d'emploi où il pourrait y avoir rareté de main-d'oeuvre, la Régie vise à ce qu'au cours des trois prochaines années, tous les postes vacants ou les nouveaux postes soient comblés par des personnes sécuritaires de la région ayant été mises à pied ou susceptibles de l'être (une personne sécuritaire est une personne détentrice de poste ayant deux ans ou plus d'ancienneté).

Il n'y a donc pas d'équivalence automatique entre la réduction calculée en postes (ETP) et le nombre de titulaires de postes qui pourraient se retrouver en surplus. Les mesures envisagées devraient libérer à tout le moins 800 postes sur trois ans.

Par contre, et malgré les préoccupations des établissements quant à la relève, force est de constater que la demande de travail pour du personnel occasionnel diminuera de façon importante, les conditions de travail prévues aux conventions collectives assurant d'abord du travail aux personnes détentrices de postes.

Impacts sur les salaires et conditions de travail

Le personnel oeuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux bénéficie des régimes de stabilité ou de sécurité d'emploi. Ainsi, tous les cadres qui ont terminé leur période de probation d'un an sont couverts par le régime de stabilité d'emploi. Ce régime assure à une personne, dont le poste a été aboli, le maintien de son salaire et de ses conditions de travail pendant une période de deux ans. Divers moyens sont alors mis en oeuvre pour la replacer dans le réseau ou ailleurs. Pendant ce temps, le cadre est habituellement utilisé à titre de personne-ressource dans son établissement ou dans un autre établissement du réseau. Presque la totalité des cadres de la région est assujettie au régime de stabilité d'emploi.

Pour ce qui est du personnel syndiqué et du personnel syndicable non syndiqué, toute personne titulaire de poste comptant deux années ou plus d'ancienneté bénéficie du régime de sécurité d'emploi qui lui assure, dans le cas où elle est mise à pied, le maintien de son salaire et de ses conditions de travail jusqu'à la prise de sa retraite. Différentes mesures sont aussi prévues pour replacer rapidement la personne protégée dans un autre poste ou, à défaut, lui faire effectuer divers remplacements ou surcroîts de travail. Plus de 93 % des 1 375 salariés détenteurs de poste dans la région sont admissibles au régime de sécurité d'emploi.

À vrai dire, seules les personnes non détentrices de poste, celles ayant un poste avec moins de deux ans d'ancienneté et les cadres n'ayant pas complété leur probation ne bénéficient pas de la protection des régimes de stabilité ou de sécurité d'emploi.

Section 4.3
Les ressources matérielles

Immobilisations et équipements

Le projet de transformation va nécessiter à divers niveaux des modifications ou des ajustements concernant le volet «□immobilisation□». Les projets de modifications majeures nécessiteront la réalisation d'un programme fonctionnel et technique (PFT). Par le fait même, il est actuellement impossible d'évaluer les coûts reliés aux divers scénarios proposés. Par ailleurs, la partie que la région devra financer des coûts d'immobilisations engendrés par la transformation est aussi inconnue.

Certains projets vont nécessiter la mise en place d'équipements technologiques permettant aux établissements de répondre adéquatement à leur mandat et aux nouvelles orientations. Cette technologie et l'équipement nécessaire pourront être disponibles soit par des transferts inter-établissements ou par de l'acquisition financée par la région dans une proportion qui n'est pas encore précisée.

Chapitre 5
LA MISE EN OEUVRE DE LA TRANSFORMATION

Section 5.1
Les ressources humaines

Les objectifs poursuivis

Les services à la population doivent en tout temps être organisés et dispensés par des gens responsables, compétents et motivés, dont le potentiel est largement mis à contribution.

Or, les modifications en cours vont toucher de près ou de loin presque tout le personnel des établissements. Il connaîtra des changements importants dans son travail. Bon nombre de personnes seront mises à pied.

Donc, des gestes adéquats doivent être posés par les organisations à l'endroit du personnel, dans le but de le soutenir et de le mobiliser, de s'assurer que les bonnes personnes soient aux bonnes places et qu'ensemble elles contribuent à ce virage.

Simultanément, la Régie et l'ensemble des établissements de la région poursuivent l'objectif de minimiser les impacts négatifs de la transformation du réseau et des réductions de dépenses sur les personnes oeuvrant dans les établissements.

Voici les mesures mises de l'avant dans les circonstances. En plus des établissements et de la Régie, plusieurs de ces mesures interpellent les associations représentatives du personnel, les employés eux-mêmes ainsi que d'autres partenaires afin que les objectifs mentionnés deviennent réalité.

Les responsabilités des établissements et de la régie régionale

Dans la région 04, les établissements et la Régie forment un réseau d'employeurs qui se considèrent collectivement et solidairement responsables de l'ensemble du personnel du réseau. Le « Guide d'agir éthique sur la mobilité des ressources humaines de la Mauricie-Bois-Francs » qu'ils ont unanimement adopté en août 1995, reflète cette volonté ferme d'agir avec cohérence dans l'atteinte des objectifs qui viennent d'être évoqués. De plus, un comité régional d'orientation sur la gestion des ressources humaines, constitué de directeurs des ressources humaines des établissements et de la Régie, assure la vigueur de cette dynamique régionale et la supporte, en lien avec les tables territoriales des responsables des ressources humaines.

Au sein de ce réseau d'employeurs, l'établissement demeure le premier responsable de ses ressources humaines, qu'elles soient ou non en surplus. Entre autres, c'est à lui qu'incombent les responsabilités suivantes, qui devront être assumées de façon particulièrement active suite aux décisions de la Régie :

- Informer régulièrement le personnel et l'associer à l'élaboration et à la réalisation des projets locaux et territoriaux de réorganisation des services.
- Informer et consulter régulièrement les instances syndicales et les associations de cadres sur tout sujet susceptible de faciliter l'atteinte des objectifs visés.
- Accentuer les activités de formation du personnel en fonction des nouveaux contextes de travail.
- Offrir des mesures spécifiques de support au changement à l'intention du personnel touché par les réorganisations.
- Prévoir et mettre en vigueur des mesures d'accueil du personnel transféré d'un autre établissement de même que des mesures de soutien aux changements pour le personnel de l'établissement d'accueil.
- Rendre disponible le support psychologique à la personne qui perd son poste, établir et évaluer son potentiel, déterminer ses opportunités de replacement et d'utilisation, mettre en oeuvre les programmes d'adaptation requis qui tiennent compte des acquis de la personne et des exigences du poste prévu pour elle, la supporter dans son processus de recherche d'emploi.

Conjointement avec la Régie et les autres établissements :

- Informer de son nouveau lieu de travail et ce, le plus tôt possible, tout employé qui sera relocalisé suite à la fusion de son établissement.
- Maintenir actif le lien d'emploi de chaque employé en surplus, d'abord dans son établissement ou, à défaut, dans un autre établissement.
- Maximiser l'utilisation du plein potentiel des ressources humaines, y compris celles qui sont en surplus, dans le respect le plus possible de leur compétence et des besoins des établissements et ce, en tenant compte du contexte de réduction des ressources.
- Éviter, la titularisation de nouveaux employés, à moins de contrainte particulière.
- Collaborer étroitement et s'acquitter de ses responsabilités locales, territoriales et régionales relativement à la planification et au replacement de la main-d'oeuvre.

Pour sa part, la Régie, soutient les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités locales et territoriales et assure un ensemble de responsabilités de planification, d'animation et de coordination régionale en matière de planification de la main-d'oeuvre, de replacement du personnel en surplus, d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre et de financement. La Régie exerce aussi certaines responsabilités en matière de développement des ressources humaines, particulièrement à l'endroit du personnel d'encadrement du réseau. La Régie assume ces responsabilités en collaboration étroite avec les établissements et en consultation avec les associations régionales représentatives du personnel.

Par ailleurs, la Régie travaille en étroite collaboration avec le Ministère, les autres régies et le Centre de référence des directeurs généraux et des cadres afin que cohérence, efficacité et équité prévalent entre les régions dans la gestion des mesures de sécurité d'emploi, de stabilité d'emploi et d'adaptation de la main-d'oeuvre.

Les actions proposées

La planification de la main-d'oeuvre

La planification de la main-d'oeuvre sur un horizon de trois ans et remise à jour annuellement est un moyen concret permettant de prévoir et de gérer les mouvements de personnel et de conduire les actions atténuant les impacts négatifs de la transformation pour le personnel du réseau.

Les impacts des décisions prises le 1er mai 1996 devraient se refléter dans le plan régional adopté à l'automne 1996 et qui couvrira l'horizon 1996-1999.

Suite à cette planification et aux plans d'organisation administratifs et des services que les établissements élaboreront dans la foulée des recommandations du 1er mai 1996, la Régie s'assurera, en collaboration avec les établissements d'un examen et, éventuellement, d'une révision :

- De l'utilisation de certaines catégories d'emploi en surplus, dont entre autres les infirmières-auxiliaires et les technologistes médicales.
- Des besoins du réseau en termes de formation du personnel offerte par les institutions d'enseignement de niveau secondaire, collégial et universitaire, afin de centrer les surplus et les pénuries anticipés dans divers titres d'emploi.

Un replacement rapide du personnel mis à pied

Les ententes de travail intervenues à la fin de l'automne entre les syndicats nationaux et la partie patronale introduisent de nouvelles règles qui sont en vigueur depuis janvier 1996. S'il y a collaboration entre les divers partenaires, dont les établissements et les représentants du personnel, ces nouvelles règles devraient faciliter grandement l'utilisation et le replacement des personnes sécuritaires mises à pied, soit au sein de leur propre établissement ou dans un établissement voisin.

De plus, d'ici la fin de 1996, la Régie entend convenir avec les établissements des exigences habituellement requises à l'embauche dans les titres d'emploi les plus répandus, de sorte à assurer un niveau adéquat de compétence en fonction des tâches à accomplir et à accélérer le replacement du personnel en surplus.

Un service régional de la main-d'oeuvre

La Régie a mis sur pied, en janvier 1996, un service régional de la main-d'oeuvre (SRMO) qu'elle opère en collaboration avec les établissements de la région et en consultation avec les associations représentatives du personnel.

Ce service, prévu dans le cadre des nouvelles ententes patronales-syndicales, coordonne principalement le replacement, d'un établissement à l'autre, des personnes sécuritaires mises à pied.

Des mesures pour le personnel cadre

En cohérence avec ce qui pourrait découler d'ententes au niveau national entre le gouvernement et les associations de cadres, la Régie entend s'assurer que les mesures suivantes soient mise de l'avant en Mauricie-Bois-Francs :

- Former d'ici le 15 mai 1996 un comité de travail constitué de représentants des associations régionales de cadres, des établissements et de la Régie qui se penchera sur les questions relatives au redéploiement des cadres dont, particulièrement, la planification, l'adaptation, le recyclage et les mesures de soutien aux cadres en stabilité d'emploi.
- D'ici la fin de 1997, réserver les postes d'encadrement vacants ou nouvellement créés dans les établissements au personnel du réseau de la santé et de services sociaux déjà titulaire d'un poste d'encadrement ou en stabilité d'emploi. Il est souhaité qu'une attention particulière soit portée aux candidatures de cadres de la région 04. Si un tel poste ne peut être comblé par un cadre, son affichage est reporté. Cette mesure sera réévaluée à échéance.
- D'ici la fin de 1996, avoir exploré diverses modalités propres à maximiser l'utilisation des cadres en stabilité d'emploi sur des affectations à durée limitée;
- S'assurer de l'accès en région à des mesures spécifiques de soutien à l'intention des cadres en stabilité d'emploi, en cohérence avec les responsabilités du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres, de la Régie et des établissements : évaluation de potentiel, « counselling », groupes de support, etc.
- Poursuivre la tenue régulière d'activités régionales de réflexion et de formation à l'intention du personnel d'encadrement pour le soutenir dans la gestion des changements et le développement des habiletés et compétences requises par la réorganisation des services.

Par ailleurs, la Régie entend s'associer à divers partenaires, dont le MSSS, les autres régies, la Société québécoise de développement de la main-d'oeuvre et certains organismes socio-économiques, dans la recherche de créneaux d'emploi hors réseau pour le personnel cadre mis en disponibilité.

Des programmes d'adaptation et de recyclage

Pour maximiser les occasions de replacement des personnes menacées de perdre leur emploi, la Régie et les établissements entendent investir prioritairement dans des mesures d'adaptation de la main-d'oeuvre et de recyclage. L'adaptation réfère à des activités visant à familiariser une personne à un nouveau poste ou à la rendre apte à l'assumer par l'acquisition d'un complément de notions théoriques ou pratiques d'une durée d'au plus quatre ou cinq semaines.

Le recyclage réfère quant à lui à un programme de formation généralement reconnu par le ministère de l'Éducation, rendu nécessaire pour permettre à une personne d'accéder à un nouveau titre d'emploi ou de conserver celui qu'elle a.

Il ne fait aucun doute que ces activités auront une influence importante sur le succès des mesures de replacement du personnel. En effet, il est estimé que, dans la majorité des cas, les salariés sécuritaires mis à pied qui combleront des postes vacants ou nouvellement créés requerront une période d'adaptation pouvant durer quelques jours ou quelques semaines.

C'est d'ailleurs pourquoi la Régie et les établissements de la Mauricie-Bois-Francs:

- Ont convenu que le fonds régional de 1 140 000 $ dédié à la sécurité et la stabilité d'emploi soit dorénavant prioritairement utilisé pour supporter des activités comme l'adaptation et le recyclage de la main-d'oeuvre.
- S'entendent pour être actifs dans le développement de programmes d'adaptation au niveau local, territorial et régional.
- S'entendent pour développer des programmes d'adaptation ou de recyclage spécifiquement conçus pour réorienter du personnel en surplus dans certains secteurs d'emploi.

De plus, la Régie s'engage à consulter les associations représentatives du personnel sur les programmes régionaux d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre, afin de maximiser davantage les chances de réussite de ces programmes.

Enfin, la Régie et les établissements entendent développer et consolider, en 1996 leurs liens de collaboration avec le réseau de l'éducation secondaire, collégial et universitaire. Celui-ci devrait pouvoir offrir un bonne partie des activités d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre requises pour faciliter le replacement rapide du personnel du réseau.

Un programme régional d'incitatifs au départ

La Régie entend annoncer d'ici juin 1996 la mise en place d'un programme régional d'incitatifs au départ, dont les balises générales seront celles issues de la politique ministérielle de janvier 1996. Un tel programme pourra être annulé ou révisé en tout temps. Les balises, conditions d'admissibilité et modalités financières seront précisées lors de l'adoption du programme par le conseil d'administration de la Régie.

Du financement des mesures de sécurité et de stabilité d'emploi

Il est évident que la transformation du réseau va entraîner des coûts transitoires importants de plusieurs millions de dollars pour les établissements : protection du revenu des titulaires de poste jusqu'à leur replacement, activités locales ou régionales d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre, indemnités de départ, frais reliés au replacement, etc.

Or, à l'heure actuelle, la Régie gère un fonds d'une valeur annuelle de 1 140 000 $, destiné à soutenir les établissements. Depuis le 1er avril 1996, l'utilisation de ce fonds est restreint en priorité au financement de mesures d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre.

Compte tenu de l'importance des mouvements de personnel qui auront lieu dans la foulée de la réorganisation des services et de la réduction des dépenses, la Régie entend adopter d'ici juin 1996 une politique régionale de financement des mesures de redéploiement des ressources humaines.

Cette politique prévoira, en plus du fonds annuel de 1 140 000 $ déjà disponible, un somme de 1 200 000 $ issue d'une réduction régionale équivalente des budgets des établissements à compter du 1er avril 1996. Cette somme additionnelle servira prioritairement à soutenir certains établissements dans des situations spécifiques. Les modalités d'utilisation de ce fonds additionnel seront déterminées en consultation avec les établissements avec, comme principe de fond, que les dépenses reliées au redéploiement sont, règle générale, absorbées et autofinancées par les établissements.

Conclusion

Au fil des mois, d'autres volets vont s'ajouter à l'ensemble des moyens mis de l'avant par la Régie pour minimiser les impacts négatifs de la transformation du réseau sur les ressources humaines et s'assurer, en bout de piste, que les services à la population soient dispensés par du personnel responsable, compétent et motivé.

Cependant, on peut déjà constater que les établissements et la Régie entendent s'attaquer de façon systématique, malgré un contexte difficile, à l'atteinte de ces objectifs et visent à faire preuve de toute l'ouverture, la créativité et la proactivité que commande un tel défi.

Section 5.2
Des balises aux fusions

Dans plusieurs territoires, la Régie prône la fusion d'établissements. Dans le cas de regroupements d'établissements de catégories différentes, il peut exister des risques quant au respect des missions des établissements ainsi regroupés. C'est pourquoi, le 6 décembre 1995, le conseil d'administration adoptait les conditions jugées essentielles dans le cas de regroupement de ce genre.[4]

Ces conditions prennent la forme de responsabilités à être assurées par les établissements et la Régie elle-même.

Ainsi, le conseil d'administration de l'établissement issu d'une fusion doit :

- S'assurer en son sein d'une représentativité de personnes dont les préoccupations couvrent l'ensemble des missions de l'établissement.
- S'assurer et rendre compte de l'accomplissement de chacun des programmes et des missions dont il a la responsabilité.
- Rendre visibles dans son budget la part des ressources consacrées à chaque mission et la contribution de chaque mission au financement des services communs.
- S'assurer du suivi budgétaire pour chacune des missions.
- Structurer son administration et son organisation professionnelle afin de faciliter la continuité des services, l'interface entre les programmes et la protection des missions selon les approches requises.
- S'assurer que le personnel soit intégré de façon à ne pas affaiblir les acquis professionnels des approches pertinentes à chaque mission.
- S'assurer que les réaménagements physiques, s'il y a lieu, facilitent la continuité des services et correspondent aux approches propres aux mission.

Par ailleurs, la Régie invite les conseils d'administration des établissements en processus de fusion à considérer l'inclusion, dans le conseil d'administration provisoire du nouvel établissement, de personnes issues de la communauté, cooptées par les conseils d'administration d'origine et ne siégeant pas déjà sur l'un ou l'autre de ces conseils.

En ce qui a trait à l'application des conventions collectives et des conditions de travail des cadres, la Régie veillera auprès des établissements à ce que les démarches de fusion entre eux se fassent :

- de façon à offrir les meilleures conditions de continuité des services aux usagers, en terme de compétence et d'expérience du personnel affecté à ces services.
- toujours dans une perspective de fusion d'établissements plutôt que dans une perspective d'intégration d'un établissement par un autre, à moins de contre-indication évidente.
- toujours dans un souci d'équité quant au sort réservé au personnel des services qui font l'objet d'une fusion entre eux.
- en évitant le plus possible le balayage du personnel d'un établissement par celui de l'autre.

Pour sa part, la Régie soutient les établissements en cause et exerce le suivi approprié garantissant le respect de l'ensemble des conditions susmentionnées.

Le but est simple : tirer profit de la flexibilité et de la continuité des services que de telles fusions permettent tout en évitant qu'une des missions confiées à l'établissement fusionné soit négligé au profit d'une autre.

4 Réf. : Document « *Les services accessibles en communauté et les conditions jugées essentielles dans les cas de regroupements d'établissements de catégories différentes* ». Adopté par le Conseil d'administration du 6 décembre 1995, résolution CARR-95-96.

Section 5.3
Les conditions et étapes de mise en oeuvre

Le projet de transformation est une opération d'envergure. Il est souhaité que sa mise en oeuvre soit réalisée sur une période de trois ans, c'est-à-dire d'ici le 31 mars 1999.

Les étapes à franchir sont nombreuses et nécessitent une planification et une gestion soignées du processus de changement découlant des décisions que le Ministre prendra suite aux recommandations de la Régie.

Cette mise en oeuvre devra être conduite en visant les objectifs suivants et en respectant un certain nombre de principes.

Les objectifs

- maximiser les impacts positifs et éviter les impacts négatifs de la transformation sur la clientèle desservie par le réseau de la région;
- assurer la synchronisation des changements prévus;
- minimiser les impacts négatifs sur les personnes oeuvrant dans les établissements.

Quelques principes

- La transformation des services est d'abord axée sur les besoins de la population et une attention constante doit être apportée au maintien de l'accessibilité et de la continuité des services.
- Les établissements et les organismes sont responsables de la conduite active des transformations qui les concernent et agissent en étroite collaboration avec les autres partenaires de leur territoire et de la région dans le respect des responsabilités de chacun.
- Les étapes de la transformation du réseau font l'objet d'une planification globale préalable, tant au niveau local, territorial que régional.
- Les établissements, dans le cadre de leurs projets locaux ou territoriaux de transformation, voient à informer régulièrement la population et la clientèle en prenant en considération leurs préoccupations et inquiétudes. Il en est de même pour la Régie, en ce qui concerne la région.
- Les établissements ont la responsabilité d'informer régulièrement le personnel et leurs représentants, de les associer à l'élaboration et à la réalisation de leurs projets locaux ou territoriaux et de les supporter dans ces changements.

Les actions à entreprendre

Suite à l'approbation ministérielle du 3 juillet 1996, les établissements visés par des décisions de fusion doivent mener les démarches conduisant à la fusion, de sorte à respecter les échéances contenues dans le présent document.

De plus, ces mêmes établissements, ainsi que ceux visés par une réorganisation significative de leurs services sans pour autant être fusionnés, doivent dès lors entamer une planification soignée des changements recherchés, incluant□:

- le plan d'organisation administratif et des services;
- les plans fonctionnels et techniques de réaménagement physique, lorsque requis;
- la planification de la main-d'oeuvre, son redéploiement et son support;
- les mécanismes assurant la continuité et maintenant l'accessibilité des services auprès des clients;
- le plan de communication dans la communauté et auprès des clients;
- le plan global de mise en oeuvre des changements.

La gestion intégrée du changement : concertation administrative et professionnelle

Afin de respecter les objectifs et principes énoncés au début de cette section ainsi que les objectifs, recommandations et échéances spécifiés aux chapitres 2 et 3, les mécanismes suivants de gestion intégrée du changement sont prévus.

- En ce qui a trait à la continuité et à l'accessibilité des services, il est attendu de tous les établissements des territoires où il y a une fusion ou une réorganisation majeure des services, qu'ils mettent en place dès septembre 1996 un mécanisme de suivi conjoint de la transformation sur leur territoire, afin de synchroniser les changements et d'éviter toute interruption de services injustifiée.
- La Régie demande donc aux établissements d'instaurer des mécanismes conjoints de gestion administrative et des mécanismes conjoints d'opérationalisation des transformation de services prise en charge par les intervenants des établissements concernés.
- En ce qui a trait aux mouvements de main d'oeuvre, il

est attendu des gestionnaires en ressources humaines des établissements concernés par des fusions ou des transferts de services, qu'ils forment un groupe de travail par territoire de concertation, dès mai 1996, afin de planifier, coordonner et rendre cohérentes les actions que commandent ces mouvements. Ce rôle de pilotage pourrait aussi être assumé par les tables territoriales en gestion des ressources humaines, selon ce que les établissements décideront.

- En ce qui a trait aux communications avec la communauté et auprès des clients, il est de la responsabilité de chaque établissement d'informer régulièrement la population sur les services qu'il offre et sur les changements en cours, s'il y a lieu. De plus, il est attendu, que dans tous les territoires de concertation de la région, les établissements conviennent entre eux, dès septembre 1996, des activités de communication pour que la population sache où s'adresser pour recevoir ses services. Il est essentiel que ces activités aient lieu régulièrement. D'autre part, chaque établissement doit être en mesure de répondre sur les services des autres établissements de son territoire, afin d'orienter correctement la population en tout temps.

Pour sa part, la Régie s'engage à :

- Assurer une coordination générale de la transformation des services et des structures.
- Élaborer dès le début de l'automne une planification stratégique globale des changements, en collaboration avec les établissements.
- Soutenir activement les établissements dans la planification et la réalisation des diverses opérations découlant de la informer régulièrement la population sur les changements en cours et ce, dès l'adoption des recommandations du 1er mai 1996.
- Assurer un monitorage constant de la gestion des changements par les établissements et organismes du chaque territoire, aussi bien en ce qui a trait aux services, aux ressources humaines, aux ressources financières et matérielles qu'aux communications.

Annexe 1

Stratégies d'action prioritaires régionales

- Diminuer la pauvreté et ses conséquences chez les jeunes familles.
- Revaloriser et mieux soutenir le rôle de parent.
- Privilégier les interventions souples dans les milieux fréquentés par les jeunes.
- Améliorer la concertation des différents intervenants au sein du milieu scolaire en regard des problématiques vécues par les jeunes comme le décrochage scolaire.
- Stimuler les activités de prévention et de promotion de la santé, en mettant l'accent sur les services destinés aux jeunes et en y associant leur famille en vue de diminuer la consommation d'alcool et de drogues illégales.
- Stimuler le développement de solutions alternatives à l'usage des médicaments de manière à en diminuer la consommation abusive chez certains groupes plus touchés.
- Renforcer les activités éducatives et préventives en regard des maladies transmises sexuellement et du sida.
- Renforcer le dépistage précoce du cancer.
- Soutenir les personnes atteintes de maladies graves ou incurables et leurs proches.
- Implanter un système de soins intégrés en traumatologie qui, notamment, augmentera la rapidité d'intervention dans les premières minutes suivant l'événement et qui facilitera l'intervention précoce en réadaptation.
- Accroître le soutien aux familles et aux ressources de la communauté qui interviennent auprès des personnes ayant des incapacités et accentuer leur intégration au marché du travail.
- Réduire les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.
- Agir pour réduire les écarts de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes.
- Soutenir plus adéquatement le réseau communautaire.
- Agir en priorité sur les facteurs de risque□: tabagisme, mauvaise alimentation, embonpoint, consommation abusive d'alcool, mauvaises conditions de travail, risques environnementaux.
- Agir sur la pauvreté et les conditions de vie par une approche multisectorielle et diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé des groupes les plus vulnérables□: les jeunes sans emploi, les familles monoparentales, les personnes âgées vivant seules et les femmes vivant sous le seuil de la pauvreté.

Annexe 2

Programmes de santé physique, bilan lits

Calcul du nombre de lits requis*

Territoires	Population en 2001 1	Taux de rétention 2	Population desservie 3=(1X2)	Hospital. (100,03/1□000 h) 4=(3X10,003 %)	Jrs. hosp. (DMS=7,0 jrs.) 5=(4X7 jrs)	Jrs. hosp. Client. HR 6	Total des jrs. d'hosp. 7=(5 +6)	Besoins lits (occup=88□%) 8=7/(365 X 88□%)	Lits par 1□000 h 9=(8/1)
Trois-Rivières métro	219 868	91,00□%	200 080	20 014	140 098	6 988	147 086	458	2,0831
Centre Mauricie	82 323	81,00□%	66 682	6 670	46 691	695	47 386	148	1,7978
Drummond	87 907	85,00□%	74 721	7 474	52 320	2 641	54 961	171	1,9452
Suzor-Côté / De l'Érable	88 869	87,00□%	77 316	7 734	54 137	3 050	57 187	178	2,0029
Haut St-Maurice**	16 373	76,00□%	12 443	1 307	10 978	199	11 177	35	2,1377
Total	**495 340**	**87,06□%**	**431 242**	**43 199**	**304 225**	**13 573**	**317 798**	**990**	**1,9986**

* Le taux de rétention cible les cas d'hospitalisation de résidents de la région 04 dans le territoire, divisé par les cas de résidents du territoire hospitalisés au Québec. Les hospitalisations réfèrent au taux du Québec 1994-1995 en santé physique (105,03 nouveaux-nés exclus) moins 1 par année d'ici 2001. Les jours d'hospitalisation de la clientèle hors région (HR) sont répartis par territoire de notre région.

** Pour le Haut St-Maurice, le taux d'hospitalisation utilisé est celui du Québec, soit 105,03 et la durée moyenne de séjour (DMS) est de 8,4 jours, vu les distances et le contexte socio-démographique.